

University of Groningen

Samenspraak 2, in gesprek met casemanagers van SamenOud

Slotman, Karin; van der Mei, Sijke

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Early version, also known as pre-print

Publication date:

2013

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Slotman, K., & van der Mei, S. (2013). *Samenspraak 2, in gesprek met casemanagers van SamenOud: Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van casemanagers van SamenOud*. Universitair Medisch Centrum Groningen. <http://www.rug.nl/research/gezondheidswetenschappen/tgo/rapporten/2013-pdf/slotman-2013-samenspraak2.pdf>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

SamenSprak 2

‘In gesprek met casemanagers van SamenOud’

Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van casemanagers van SamenOud

K. Slotman en S.F. van der Mei
11 Oktober 2013



SamenOud

Colofon

Onderzoeksrapport SamenSprak 2. 'In gesprek met casemanagers van SamenOud' –
Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van casemanagers van SamenOud.

Website: www.SamenOud.nl

ISBN: 978-90-367-6904-4 – Boek

ISBN: 978-90-367-6905-1 - Eboek/PDF

Auteurs:

Karin Slotman, karin@commitcommunicatieadvies.nl

Sijrike van de Mei, s.f.van.der.mei@umcg.nl

Onderzoeksteam:

- Karin Slotman MSc, onderzoeker en communicatieadviseur, Commit Communicatieadvies
- Dr. Sijrike van der Mei, senior onderzoeker, Sectie Toegepast GezondheidsOnderzoek, afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen
- Dr. Klaske Wynia, programmaleider SamenOud, afdelingen Gezondheidswetenschappen en Neurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen
- Ronald Uittenbroek MSc, projectleider en promovendus SamenOud, afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen
- Ronald Brans MSc, onderzoeksmedewerker, afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen

Voorwoord

Dit rapport is een verslag van het kwalitatieve onderzoek waarbij casemanagers geïnterviewd zijn over hun ervaringen met SamenOud. De resultaten van dit onderzoek vormen een aanvulling op de kwantitatieve onderzoeksgegevens voor het meten van de effecten van SamenOud.

SamenOud is een nieuw zorgmodel voor ouderen dat ontwikkeld en gerealiseerd is in opdracht van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). SamenOud realiseert samenhangende, vraaggerichte, preventieve en proactieve zorg en begeleiding voor thuiswonende ouderen van 75 of ouder. Doel van SamenOud is het in stand houden of bevorderen van het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen zodat zij zo lang als mogelijk thuis kunnen blijven wonen.

Mede namens het onderzoeksteam ben ik veel dank verschuldigd aan jullie, casemanagers van SamenOud, voor jullie openheid en vertrouwen bij het delen van jullie ervaringen met SamenOud. De onderzoekers zijn zorgvuldig met jullie waardevolle informatie omgegaan. Het resultaat, zoals in dit rapport beschreven, zal zeker bijdragen aan het verder ontwikkelen van SamenOud.

Veel respect heb ik voor de nauwgezetheid, enthousiasme en volharding waarmee Karin Slotman, Sijrike van der Mei en Ronald Brans aan dit onderzoek hebben gewerkt. Het resultaat verdient veel waardering. Ook dank aan Ronald Uittenbroek voor het kritisch meedenken tijdens het gehele onderzoekstraject.

Dr. Klaske Wynia
Programmaleider SamenOud

September 2013

Samenvatting

SamenOud is een nieuw zorgmodel voor thuiswonende 75-plussers. Doel van SamenOud is het in stand houden of bevorderen van het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen zodat een oudere zo lang mogelijk en op een prettige manier thuis kan blijven wonen. De effecten van het zorgmodel SamenOud worden met verschillende onderzoeksmethoden onderzocht. Casemanagers spelen een belangrijke rol in de zorg en begeleiding van de ouderen binnen SamenOud. Dit kwalitatieve onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de meningen en ervaringen van de casemanagers met het nieuwe zorgmodel en de essentie van casemanagement binnen SamenOud. De plaats en rol van de casemanager in SamenOud stond daarom als onderzoeksvraag centraal.

Deze vraag werd beantwoord door middel van diepte-interviews met casemanagers. Binnen SamenOud zijn twee typen professionals te onderscheiden die de rol van casemanager vervullen: wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs. Alle elf casemanagers werkzaam voor SamenOud tussen januari 2011 en maart 2013 hebben meegewerkt aan het onderzoek. Het gaat hierbij om zes wijkverpleegkundigen en vijf ouderenadviseurs werkzaam in de Gemeenten Stads kanaal, Veendam en Pekela.

Uit het onderzoek blijkt dat alle casemanagers ouderen ondersteunen in het bevorderen of behoud van de eigen regie en zelfredzaamheid, opdat ouderen zolang als mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Daarmee brengen ze SamenOud in praktijk zoals beoogd werd bij het ontwikkelen van het zorgmodel. SamenOud vormt voor de casemanagers een uitdaging. De nieuwe manier van werken biedt meerwaarde voor de casemanagers en voor de ouderen die ze begeleiden.

Casemanagers spelen een belangrijke rol in het coördineren van het zorg- en begeleidingsproces rond de oudere. Ze voelen zich verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van het zorgleefplan, houden overzicht en monitoren de activiteiten en sturen die zo nodig bij (navigeren). Het is essentieel dat de casemanager de situatie van de oudere goed kent zodat ze in staat is om een oudere te 'volgen'. Het volgen van de oudere stelt een casemanager in staat om vroegtijdig problemen te signaleren en preventief actie te ondernemen. Het feit dat steeds dezelfde casemanager gedurende een langere periode contact heeft met de oudere en daarvoor de tijd neemt, leidt ertoe dat de casemanager een vertrouwensband met de oudere opbouwt. Hierdoor is de casemanager in staat aan te sluiten bij de behoeften en belevingswereld van de oudere en daadwerkelijk iets voor hem of haar te betekenen. Tegelijkertijd stimuleren de casemanagers de ouderen om meer zelfredzaam te zijn en positiever in het leven te staan. SamenOud is voor de casemanagers een 'groeimodel' geweest waarin ze mochten en konden leren en innoveren. Ze hebben veel geleerd van SamenOud. De brede blik van SamenOud op de gebieden van wonen, welzijn en zorg bepaalt nu het denken en handelen van de casemanagers. De scholing vanuit SamenOud en de samenwerking met de andere leden van het Ouderenzorg Team hebben bijgedragen aan het leerproces. Een belangrijke voorwaarde om het werk als casemanager goed te kunnen uitoefenen is een onafhankelijke positie bij het begeleiden en coördineren van de zorg rond de oudere. De casemanagers zijn qua achtergrond heel divers. De wijkverpleegkundige en ouderenadviseur verschillen wat betreft opleiding en referentiekader omdat ze ouderen in verschillende profielen met verschillende zorgbehoeften begeleiden. Vanuit deze verschillen hebben ze ieder ook specifieke kwaliteiten.

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de ervaringen en meningen van casemanagers werkzaam binnen SamenOud. Deze bevindingen kunnen een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van de rol van de casemanager in het zorgmodel SamenOud. Wat betreft de toekomst denken de casemanagers dat een onafhankelijke positie van de casemanager het beste is in te vullen door werkzaam te zijn vanuit een huisartspraktijk en daarbij ondersteuning te ontvangen van een onafhankelijk projectteam.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	6
1.1 Achtergrond van het onderzoek	6
1.2 SamenSprak 2: kwalitatief onderzoek onder casemanagers	9
2. Resultaten SamenOud	13
2.1 Casemanager als professional	13
2.2 Oudere als ontvanger van zorg en begeleiding	26
2.3 Zorg- en begeleidingsproces	29
2.4 Casemanager als partner in de zorg	36
2.5 Visie van casemanager op toekomst SamenOud	42
3. Overkoepelende thema's in SamenOud	43
3.1 Aspecten van casemanagement	43
3.2 Dilemma's	46
4. Conclusies en discussie	48
4.1 Eindconclusie	48
4.2 Discussie	50
5. Advies	51
6. Literatuur	53
Bijlage: interviewschema	54

1. Inleiding

In deze inleiding wordt een beeld geschetst van de achtergronden, theoretische basis en de opzet van het nieuwe zorgmodel SamenOud in het algemeen en van casemanagement in het bijzonder. Daarna volgt een beschrijving van de onderzoeksmethode.

1.1 Achtergrond van het onderzoek

De verwachting is dat het aantal 65-plussers zal groeien van 2,4 naar 4,6 miljoen in 2040 (CBS, 2011). Ouderen willen steeds langer thuis blijven wonen. In 2005 woonde 94% van de 65-plussers en 70% van de 80-plussers zelfstandig en dit percentage zal toenemen (Bruggink, 2009). Daarbij zal het aantal ouderen met meerdere chronische aandoeningen eveneens blijven groeien. Meer dan 50% van de 60-plussers lijdt aan meerdere chronische aandoeningen en dit percentage zal verder oplopen in de komende jaren. Vooral de eerstelijnsgezondheidszorg zal hierdoor geconfronteerd worden met een toenemende en complexer wordende zorgvraag (Spoorenberg e.a., 2013).

In 2007 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van start gegaan om oplossingen te ontwikkelen voor deze problematiek en de afstemming en samenwerking tussen de verschillende betrokken organisaties te verbeteren zodat de zorg voor ouderen ook in de toekomst beschikbaar en betaalbaar blijft.

1.1.1 SamenOud als onderdeel van het NPO

Het onderzoeksproject SamenOud is onderdeel van het NPO in de Regio Noord en betreft een experimenteel onderzoek naar het effect van een nieuw zorgmodel voor 75-plussers. SamenOud is een initiatief van de afdeling Gezondheidswetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, Zorggroep Meander, Tinten Welzijnsgroep en 15 huisartsen.

SamenOud is ontwikkeld omdat het huidige zorgmodel onvoldoende aansluit bij de behoeften van ouderen met chronische aandoeningen en langdurige beperkingen. Doel van SamenOud is het in stand houden of bevorderen van het welbevinden en de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen zodat ouderen zo lang als mogelijk op een prettige manier thuis kunnen blijven wonen. De verwachting is dat door de introductie van het nieuwe zorgmodel SamenOud de complexiteit van de zorgbehoeften en de kwetsbaarheid van ouderen afnemen en het welbevinden van ouderen en de kwaliteit van zorg toenemen. In aansluiting daarop wordt verwacht dat het zorggebruik en de kosten van zorg afnemen of op zijn minst gelijk blijven.

Het SamenOud projectteam coördineert en begeleidt de realisatie van SamenOud. De projectleiders ontwikkelen de materialen en activiteiten die nodig zijn voor SamenOud, zoals het Elektronisch Ouderen Dossier (EOD), de SamenOud basis- en vervolstrainingen en de training-on-the job voor de professionals. Zij zijn tevens aanspreekpunt voor de casemanagers als zij vragen hebben of tegen problemen aanlopen.

1.1.2 Evidence based 'Chronic Care Model'

SamenOud is gebaseerd op het Chronic Care Model (CCM)¹ (zie Figuur 1). Het CCM is in de Verenigde Staten ontwikkeld en als zodanig erkend door de Wereldgezondheidsorganisatie. Het is een succesvol model voor de

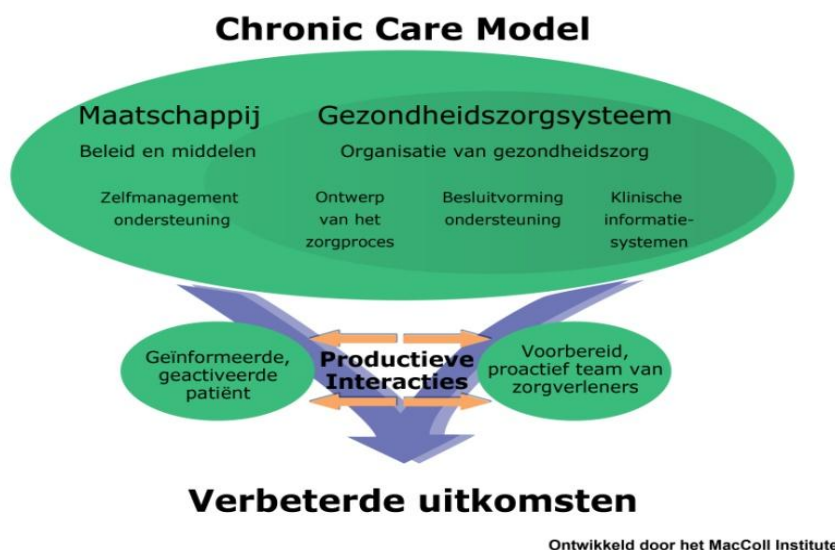
¹ CCM: Internationaal kwaliteitsmodel dat werkt met interventies op zes componenten die bijdragen aan betere zorg voor chronisch zieken, zoals interventies op het gebied van de organisatie van de zorg, zelfmanagement, informatiesystemen en evidence-based werken. Uitgangspunt is een productieve interactie tussen geïnformeerde, actief participerende patiënten en een voorbereid en proactief werkend team van beroepskrachten.

organisatie van de zorg rond chronisch zieken en andere groepen mensen met een langdurige beperking. Een belangrijke pijler van het model is het streven naar een goed geïnformeerde en geactiveerde patiënt door de eigen regie en verantwoordelijkheid van de patiënt te stimuleren. Een andere belangrijke pijler van het model is een voorbereid en proactief team dat de zorgbehoefte inventariseert en de zorg organiseert. Het model bestaat uit vier basisonderdelen die met elkaar samenhangen (Wagner, 2001). Deze onderdelen zijn terug te vinden in SamenOud:

1. Zelfmanagementondersteuning: Samen met de ouderen en hun naasten worden vaardigheden en zelfvertrouwen bevorderd om adequaat te kunnen reageren op de gevolgen van ziekte en beperkingen.
2. Ontwerp van het zorgproces: Het ontwerp van het zorgverleningssysteem door het creëren van teams van medische en niet-medische teamleden. Het team wordt aangestuurd door een medicus, verleent acute zorg, coördineert de geplande chronische zorg en ondersteunt het zelfmanagementvermogen van de oudere. Monitoring en geplande contacten met de oudere zijn belangrijke voorwaarden.
3. Ondersteuning in besluitvorming: Richtlijnen en zorgpaden bieden standaarden voor optimale zorg en hebben een plaats in de dagelijkse werkwijze van de teams.
4. Klinische informatiesystemen: De professionals gebruiken het Elektronisch Ouderen Dossier (EOD) voor de anamnese, het zorgleefplan, de voortgangsrapportage, registratie, standaarden en richtlijnen.

Kenmerkend voor het CCM is dat de zorg en ondersteuning wordt georganiseerd voor wonen, welzijn en zorg.

Zorgaanbieders en andere hulpverlenende instanties werken goed met elkaar samen en er zijn geen schotten. In 2003 is casemanagement expliciet toegevoegd aan het model (Schaefer, Davids, 2004). De rol van casemanager binnen SamenOud kent specifieke competenties en eisen die gerelateerd zijn aan de elementen van dit model, in paragraaf 1.1.4 volgt hiervan een nadere toelichting.



Figuur 1. Chronic Care Model, MacColl Institute (Wagner, 2001)

1.1.3 Casemanagement

Casemanagement binnen SamenOud is verder uitgewerkt op basis van twee modellen: het 'Brokerage model' (of 'Patient advocacy model') en het 'Self-managed care model'. In het 'Brokerage model' wordt een speciale hulpverlener aangesteld die vanuit een onafhankelijke positie en vanuit een organisatieoverstijgende benadering voor iedere zorgvrager een individueel zorgplan ontwikkelt en coördineert. Deze hulpverlener stelt zich ten doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het tweede model, het 'Self-managed care model', richt zich op het zelfmanagement van de zorgvrager. Door het zelfvertrouwen en de kennis van de zorgvrager te stimuleren neemt de autonomie in het kiezen en coördineren van de noodzakelijke zorg toe (Wynia, e.a., 2006). De combinatie van deze modellen vormt de basis van het

casemanagement model dat binnen SamenOud wordt gehanteerd. De definitie van casemanagement volgens SamenOud luidt als volgt:

“Casemanagement binnen SamenOud heeft tot doel de 75-plusser met complexe zorgbehoeften, of een verhoogd risico daarop, te ondersteunen door de benodigde en gewenste hulp en zorg te organiseren en te coördineren, waarbij gebruik wordt gemaakt van gevalideerde instrumenten voor de screening en de probleemanalyse. Uitgangspunt is steeds de autonomie en onafhankelijkheid van de oudere zo lang als mogelijk en wenselijk is te ondersteunen, zodat de oudere zolang mogelijk zelfstandig thuis kan blijven wonen. De casemanager staat ten dienste van de oudere en handelt in diens belang, waarbij de casemanager discipline- en organisatieoverstijgend denkt en handelt. De casemanager is daarbij onderdeel van een Ouderenzorg Team, bestaande uit een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een ouderenadviseur. In het team vervullen de wijkverpleegkundige en de ouderenadviseur de rol van casemanager voor respectievelijk de ouderen met complexe zorgbehoeften en de kwetsbare ouderen met een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften.”

1.1.4 Interventie SamenOud

In het kader van SamenOud is vanaf januari 2012 in de gemeenten Stadskanaal, Veendam en Pekela bij vijftien huisartsenpraktijken een Ouderenzorg Team gestart dat onder leiding staat van een huisarts. Het team bestaat naast de huisarts uit een wijkverpleegkundige, een ouderenadviseur en een specialist ouderengeneeskunde. Vanuit dit Ouderenzorg Team wordt de zorg en begeleiding rondom de oudere gecoördineerd. Eén keer per jaar ontvangen de ouderen via de huisarts een vragenlijst waarmee de persoonlijke situatie en zorgbehoefte in kaart wordt gebracht (screening). Op basis van de door de ouderen gegeven antwoorden worden de ouderen in drie profielen ingedeeld (triage):

1. Ouderen met ‘complexe zorgbehoeften’ en een verhoogde kans op multimorbiditeit;
2. Ouderen die ‘kwetsbaar’ zijn met een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften;
3. Ouderen die ‘robuust’ zijn en geen complexe zorgbehoeften hebben en ook niet kwetsbaar zijn.

Voor ieder profiel varieert de intensiteit van zorg en ondersteuning die in het kader van SamenOud wordt verleend. Aan ‘robuuste’ ouderen worden preventieve groepsinterventies aangeboden zoals bijvoorbeeld de ‘SamenOud-dagen’.

Ouderen met ‘complexe zorgbehoeften’ en ‘kwetsbare’ ouderen ontvangen individuele begeleiding van respectievelijk een wijkverpleegkundige of een ouderenadviseur, beide in de rol van casemanager.

Beide typen casemanagers hebben de taak om op een professioneel verantwoorde wijze zorg en begeleiding aan ouderen te verlenen, waarbij de belangrijkste doelstelling is het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de oudere. In verband met haar verpleegkundige achtergrond heeft de wijkverpleegkundige de rol van casemanager voor de ouderen met complexe zorgbehoeften. De wijkverpleegkundige is meestal in dienst van een thuiszorgorganisatie en soms van een huisartspraktijk. De ouderenadviseur is in dienst van een welzijnsorganisatie en zij beschikt over kennis en ervaring bij het begeleiden van ouderen en mantelzorgers op maatschappelijk gebied. De ouderenadviseur begeleidt de kwetsbare ouderen zonder complexe zorgbehoeften die daar wel een verhoogd risico op hebben.

De zorgverlening en begeleiding van de SamenOud casemanager richt zich op het stimuleren en vergroten van:

- Het zelfmanagementvermogen en de zelfredzaamheid door het regelen van bijvoorbeeld hulpmiddelen en het inschakelen van sociale netwerken en vrijwilligers;
- De eigen regie door meer zeggenschap over zijn/haar eigen leven;
- Het psychisch, lichamelijk en sociaal welbevinden.

Het gehele zorg- en begeleidingsproces voor individuele ouderen bestaat uit vaste processtappen. Tijdens het eerste huisbezoek neemt de casemanager een uitgebreide anamnese af op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Vervolgens wordt samen met de oudere tijdens daaropvolgende huisbezoeken een zorgleefplan opgesteld waarin de wensen en

problemen en bijbehorende doelen geformuleerd worden op al deze drie aandachtsgebieden. De casemanager stimuleert hierbij de zelfredzaamheid en de eigen regie van de oudere. Indien noodzakelijk organiseert en coördineert de casemanager de benodigde zorg en begeleiding geleverd door andere organisaties en hulpverleners en stuurt bij waar nodig ('navigeren'). De casemanager onderhoudt vervolgens het contact met de oudere door regelmatig huisbezoeken af te leggen. Dan wordt ook de voortgang in het zorgleefplan geëvalueerd. De wijkverpleegkundige bezoekt de oudere in principe eenmaal per twee weken en de ouderenadviseur bezoekt de oudere eenmaal in de maand ('monitoren'). Tussendoor en na één jaar wordt met de oudere geëvalueerd of de doelen zijn bereikt.

De casemanager werkt met het Elektronisch Ouderen Dossier (EOD) waarin de gegevens van alle deelnemende ouderen worden opgeslagen, waaronder de resultaten van de screening en triage van de ouderen. Zo krijgen de Ouderenzorg Teams op praktijk- en individueel niveau toegang tot de gegevens over de kwetsbaarheid en complexiteit van zorgbehoeften van de ouderen. Het EOD bevat verder de anamnese en het zorgleefplan van de ouderen met complexe zorgbehoeften en van de kwetsbare ouderen. Het is ook mogelijk aanvullende vragenlijsten in te vullen. Het EOD is webbased en daardoor overal toegankelijk. De casemanagers kunnen daardoor bij de oudere thuis met behulp van een laptop of Chromebook met het EOD werken.

1.2 SamenSprak 2: kwalitatief onderzoek onder casemanagers

Naast kwantitatieve effectmetingen is een tweetal kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd om de ervaringen van de betrokkenen met SamenOud in kaart te brengen. In Samenspraak 1 worden de resultaten van interviews met de ouderen beschreven (Slotman, 2013) en in het huidige rapport (Samenspraak 2) worden de resultaten van interviews met casemanagers gepresenteerd.

1.2.1 Probleemstelling

De effecten van het zorgmodel SamenOud worden door middel van een experimenteel onderzoek in kaart gebracht. Deze methode is echter minder geschikt om de ervaringen van de betrokkenen vast te leggen. Daarvoor werden twee kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd. In het onderzoek SamenSprak 1 zijn de deelnemende ouderen geïnterviewd (Slotman, 2013). In dit onderzoeksrapport 'SamenSprak 2' wordt verslag gedaan van de ervaringen van de casemanagers.

1.2.2 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de meningen en ervaringen van de casemanagers van SamenOud met het nieuwe zorgmodel en de essentie en de rol van casemanagement binnen dit model.

Om dit doel te bereiken zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat is de plaats en rol van de casemanager in SamenOud?
2. Hoe geeft de casemanager invulling aan deze rol?
 - a. Wat is er veranderd in de werkwijze van een SamenOud casemanager ten opzichte van de reguliere werkzaamheden als wijkverpleegkundige of ouderenadviseur?
 - b. Hoe is de arbeidssatisfactie ten opzichte van voorheen?
 - c. Hoe ervaren de casemanagers hun rol als casemanagers SamenOud?
 - d. Hoe vervullen de casemanager hun rol binnen het Ouderenzorg Team?
3. Wat heeft SamenOud volgens de casemanagers opgeleverd voor henzelf en voor de ouderen? Welke voorwaarden dienen aanwezig te zijn voor een optimale uitoefening van de rol als casemanager?
4. Zijn er volgens de casemanagers verbeterpunten die het zorgmodel SamenOud en de uitvoering ervan nog verder kunnen verbeteren?

1.2.3 Onderzoeksmethode

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers en één onderzoeksassistent. Karin Slotman (KS) was als eerste onderzoeker verantwoordelijk voor het afnemen van de interviews, het controleren en coderen van de transcripten, het analyseren van de teksten en het schrijven van de rapportage. Ter verhoging van de objectiviteit en de kwaliteit van de uitvoering van het onderzoek was Sijrike van der Mei (SFM) als tweede onderzoeker gedurende het gehele proces betrokken. Ronald Brans was als onderzoeksassistent onder andere verantwoordelijk voor het transcriberen van de interviews.

1.2.4 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van SamenSprak 2 bestaat uit casemanagers (n=11) die vanaf januari 2011 zorg en begeleiding aan ouderen hebben verleend in het kader van SamenOud. Alle casemanagers die in maart 2013 nog actief bij SamenOud betrokken waren zijn geïnterviewd. De respons was 100%: alle casemanagers verleenden hun medewerking aan het onderzoek. De casemanagers zijn geïnformeerd over het onderzoek en hebben een informed consent ondertekend. In Tabel 1 staat een overzicht van diverse kenmerken van de onderzoekspopulatie.

Tabel 1. Kenmerken casemanagers (aantal deelnemers)

	Wijkverpleegkundigen Ouderenadviseurs	
Geslacht (vrouw)	6	5
Leeftijd		
Gemiddeld	52	57
Range	28 - 58	49 - 61
Basisopleiding		
MBO	-	1
HBO	6	4
Werkzaam voor SamenOud		
Alleen SamenOud taken (fulltime SamenOud)	2	-
Combinatie SamenOud en reguliere taken (parttime SamenOud)	4	5
Gemeente		
Stadskanaal	3	2
Veendam	2	2
Pekela	1	1

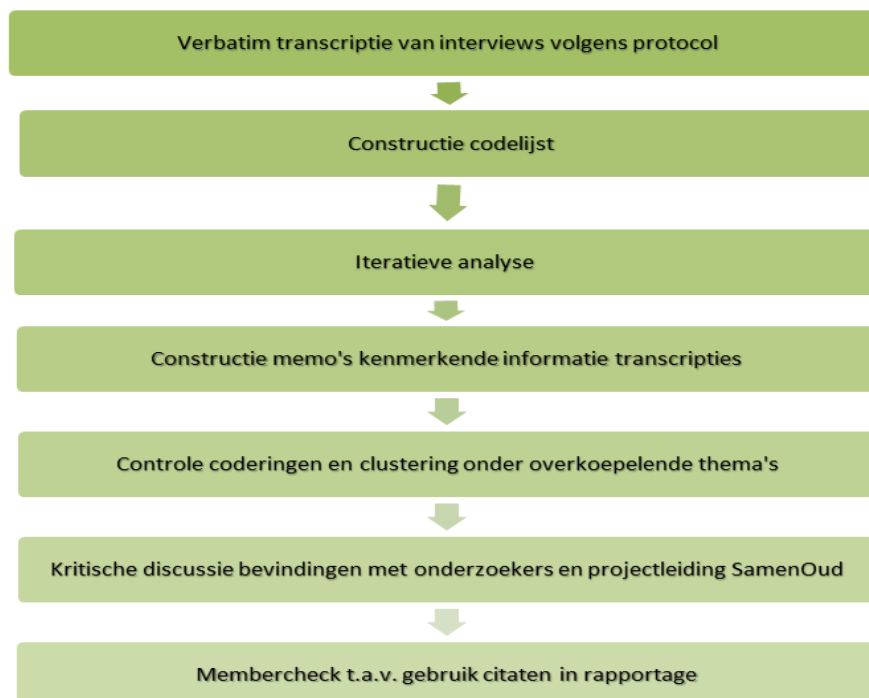
Bijna alle wijkverpleegkundigen zijn werkzaam bij Zorggroep Meander, één wijkverpleegkundige is werkzaam als praktijkondersteuner bij een huisartspraktijk. Alle ouderenadviseurs werken bij Tinten Welzijnsgroep. De wijkverpleegkundigen hebben allen HBO-Verpleegkunde afgerond, de ouderenadviseurs de opleiding Maatschappelijk werk en dienstverlening, Bedrijfsmaatschappelijk werk, Sociale Dienstverlening of Interculturele leerweg. Drie van de vijf ouderenadviseurs hebben naast hun opleiding ook een medische opleiding gedaan tot verpleegkundige, doktersassistent en/of kraamverzorgster. Naast algemene werkervaring in de gezondheidszorg of welzijn is de casemanagers ook gevraagd naar ervaring in de eerstelijnszorg en naar specifieke ervaring in het werken met ouderen. Eén wijkverpleegkundige was slechts één jaar werkzaam in de eerstelijnszorg, de overige casemanagers hebben vijf jaar of langer werkervaring. Eén ouderenadviseur had geen werkervaring met ouderen op het moment dat ze met SamenOud startte.

1.2.5 Dataverzameling

Een methode van dataverzameling die bij kwalitatief onderzoek veel toegepast wordt, is het afnemen van diepte-interviews. Dit is een goede methode om ervaringen van individuen te verzamelen (Evers, 2007) en is toegepast binnen dit onderzoek. De interviews waren semigestructureerd van opzet en zijn afgenomen aan de hand van een interviewschema (zie bijlage 1). De globale, open vragen in het eerste deel van het interviewschema vormden het begin van het gesprek waarna de onderzoeker doorvroeg naar aanleiding van de antwoorden. Het tweede deel van het interview bevatte meer gerichte, open vragen. Om het interviewschema te testen heeft de onderzoeker (KS) één proefinterview uitgevoerd waarna het interviewschema op details werd aangepast. De gegevens uit dit proefinterview werden, gezien de geringe aanpassingen aan het interviewschema, meegenomen in de analyses. De interviews duurden anderhalf tot twee uur en werden opgenomen op een geluidsband.

1.2.6 Analyse

Voor het analyseren van de transcripten werd gebruik gemaakt van de analysemethode zoals gebruikelijk bij kwalitatief onderzoek (Baarda e.a., 2005; Jansen, 2005). Zie figuur 2 voor de verschillende stappen die hierbij zijn gevolgd.



Figuur 2. Processchema van analyseproces.

De geluidsopnames van de interviews zijn aan de hand van een transcriptieprotocol integraal uitgetypt (verbatim getranscribeerd) door de onderzoeksassistent. De onderzoeker heeft vervolgens de transcripties van alle interviews gecontroleerd en geanonimiseerd. Het transcript van de eerste respondent werd door beide onderzoekers doorgelezen om een globaal idee te krijgen van de kwaliteit van de teksten in relatie tot de vraagstelling en mogelijke codes. Daarna hebben beide onderzoekers de eerste drie transcripten open gecodeerd. Na ieder transcript vond er een bespreking plaats om de gevonden codes te vergelijken, (nieuwe) codes nader te definiëren en consensus te bereiken met betrekking tot het toekennen van codes. Na deze drie interviews werd de codelijst vastgesteld. Elke code werd gedefinieerd om de betrouwbaarheid van de analyse te verhogen. Om de objectiviteit van de interpretatie van de resultaten te bevorderen werden gedurende het analyseproces reflecties, veranderingen en besluiten genoteerd in de vorm van memo's.

Ter verhoging van de validiteit vond een proces van iteratieve analyse plaats. Hiervoor werden regelmatig uitgevoerde analyses vergeleken met nieuw verzamelde data totdat er geen nieuwe informatie meer werd gevonden (Lucassen,

2007). Daarna heeft de eerste onderzoeker de overige interviews gecodeerd. Na elk interview werd nauwkeurig gekeken of er nieuwe codes gedefinieerd moesten worden en vond hierover een consensusbespreking plaats. Indien zich nieuwe codes voordeden, werden eerdere interviews gescreend en waar relevant werd de betreffende code toegevoegd.

De tweede onderzoeker (SFM) heeft alle interviews gelezen en memo's gemaakt van kenmerkende informatie voor de interpretatie van de resultaten. Nadat alle interviews in Kwalitan waren gecodeerd werden de codes nog een keer gecontroleerd. In een totaaloverzicht zijn vervolgens de codes geclusterd tot categorieën en uiteindelijk zijn de codes, na samenspraak tussen de twee onderzoekers, in overkoepelende thema's samengevoegd. Deze thema's vormden de basis voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

Na afronding van de analyses zijn de resultaten teruggekoppeld en besproken met de onderzoekers en projectleiders van SamenOud. Hierbij is gekeken of zij de bevindingen herkennen om daarna het advies naar aanleiding van dit onderzoek gericht te kunnen formuleren. Daarnaast zijn de gebruikte citaten aan de casemanagers voorgelegd om te controleren of de citaten zo adequaat mogelijk zijn weergegeven (member check).

2. Resultaten SamenOud

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews beschreven aan de hand van een aantal onderwerpen waarmee de onderzoeksvragen worden beantwoord. Een aantal belangrijke thema's die tijdens de interviews aan de orde kwamen zijn aan het eind van dit hoofdstuk beschreven.

Kenmerkend aan de rapportage van kwalitatief onderzoek is het grote aantal citaten. Het gaat om de inhoud van de meningen en de context waarbinnen meningen gestalte krijgen. De citaten zijn inhoudelijk niet aangepast. Bij de term 'ouderen' wordt gerefereerd aan de ouderen die deelnemen aan SamenOud. Aangezien er alleen vrouwelijke casemanagers zijn geïnterviewd worden de casemanagers als vrouwelijk weergegeven. Achter de citaten staat een code waarbij de letter aangeeft welke rol de casemanager binnen het Ouderenzorg Team vervult (W = wijkverpleegkundige, O = ouderenadviseur). Het getal is het nummer van het interview.

Aan het einde van elke paragraaf worden de bevindingen samengevat weergegeven in een box, waarbij de gegevens in een breder perspectief worden geplaatst en informatie uit verschillende paragrafen worden samengevoegd.

2.1 Casemanager als professional

2.1.1 Visie van casemanagers op SamenOud

Op de vraag welke visie de casemanagers hebben op SamenOud schetsen zij een eenduidig beeld. Ze vinden het belangrijk als casemanager van SamenOud naast de oudere te staan. De casemanagers geven aan dat ze samen met de oudere kijken naar de totale situatie van de oudere. Door uitgebreid met de ouderen in gesprek te gaan en goed te luisteren krijgen ze een breed beeld van zowel de zorgvragen, het welzijn, als aspecten met betrekking tot het wonen. Deze inventarisatie van de situatie van de oudere wordt besproken in het Ouderenzorg Team. De casemanager voelt zich de vertegenwoordiger van de oudere in het Ouderenzorg Team. Bij de uitvoering van het zorgleefplan is ze een schakel naar andere organisaties.

Het doel dat de casemanagers nastreven is de ouderen te stimuleren om zelfstandig te functioneren zodat de oudere op langere termijn naar een ander (minder intensief) profiel overgezet kan worden. In de praktijk zal dat meestal naar het profiel 'robuust' zijn. De casemanagers omschrijven dit proces als 'de oudere weer kunnen loslaten'.

"Ik sta er naast. Als je [van SamenOud] een plaatje van zou moeten maken zou ik zeggen. [...] Even bij de hand pakken, bagage geven, en de ene keer kan je ze dan ook loslaten en de andere keer zal je ze af en toe even weer bij de hand moeten pakken." (W1)

"Sinds ik vanuit de oudere kijk dan doe ik het op de manier zoals zij dat willen. Binnen hun levensstijl en maatstaven." (W2)

De casemanagers voelen zich verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van het zorgleefplan, zij houden overzicht en monitoren de activiteiten en sturen die zo nodig bij (navigeren). Ze geven nadrukkelijk aan dat ze niet verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverlening. Een van de casemanagers geeft in onderstaand citaat een samenvatting van haar rol en taken:

"Een casemanager is iemand die alles rondom de oudere volgt en ook kritisch volgt. Die dingen in werking zet en het blijft volgen. Die gaat kijken of dingen echt zijn gebeurd of dingen goed zijn gebeurd. Die anderen echt een zorg van de schouders neemt vind ik. En aan de andere kant ook wel weer iemand die ook de oudere kan prikkelen om weer dingen zelf te ondernemen. Even weer helpen 'oh ja zo was het', 'U kan het zelf het werkt zo..',

want vaak hebben mensen ook geen idee hoe dingen moeten. Dan kunnen ze het zelf. Dus het is twee kanten, én er naast staan, maar ook prikkelen om dingen weer zelf te ondernemen, zelf dingen te doen.” (W1)

Box 1: Visie van casemanagers op SamenOud

Op de vraag welke visie de casemanagers hebben op SamenOud schetsen zij een eenduidig beeld. Ze vinden het belangrijk als casemanager van SamenOud naast de oudere te staan. Het doel dat de casemanagers nastreven is de ouderen te stimuleren zelfstandig te functioneren zodat op langere termijn de oudere naar een ander (minder intensief) profiel overgezet kan worden. De casemanagers voelen zich verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van het zorgleefplan, zij houden overzicht en monitoren de activiteiten en sturen die zo nodig bij (navigeren).

2.1.2 Visie van casemanagers op eigen rol

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de verschillende aspecten van de rol van casemanager evenals een beschrijving van de competenties die een casemanager nodig heeft en de houding waarover de casemanager dient te beschikken bij het uitoefenen van de rol.

Opleidingsniveau en werkervaring

Alle casemanagers zijn van mening dat de rol van casemanager een HBO denk- en werkniveau vereist. Als casemanager moet je bijvoorbeeld naar de gehele situatie van de oudere kunnen kijken, je moet een ‘overall’ blik hebben en overstijgend kunnen denken. Daarnaast is het nodig een netwerk te kunnen opbouwen en contacten te kunnen leggen. Tot slot moet je gemakkelijk hoofd- en bijzaken kunnen scheiden.

“[...] maar dat is misschien meer HBO niveau denken, hoofd- en bijzaak kunnen scheiden. Omdat je vooral bij ouderen meer to the point moet zijn, ouderen dwalen meer af in een gesprek. Dan gaat 't opeens over heel wat anders.” (O2)

De casemanagers vinden dat ze medische basiskennis moeten hebben over de gevolgen van het ouder worden en ervaring met de ouderenzorg. Om goed te kunnen aansluiten bij de beleavingswereld van de ouderen vinden alle casemanagers ook dat ze kennis nodig hebben over hoe ouderen zijn opgegroeid en wat voor hen wel en niet belangrijk is.

“Je moet echt iets afweten van de ouderenzorg. En van daaruit kun je goede vragen stellen.” (W1)

Daarnaast is kennis van de sociale kaart in de regio een vereiste. Je moet weten welke wegen je moet bewandelen om een oudere informatie op maat te kunnen geven of om de juiste persoon of organisatie in te kunnen schakelen. Als je als casemanager nog geen netwerk hebt, kost het tijd dit op te bouwen.

Competenties

Er zijn volgens de casemanagers diverse competenties belangrijk voor een goede uitoefening van hun rol als casemanager. Deze worden hieronder puntsgewijs besproken.

Gespreksvaardigheden

Het beheersen van goede gespreksvaardigheden is voor casemanagers heel belangrijk; ze vormen een belangrijk instrument om mee te werken. De casemanagers noemen een scala aan voorbeelden:

- Als casemanager moet je in staat zijn iemand te kunnen motiveren en enthousiasmeren om (weer) zelfstandig activiteiten te ondernemen.

- Je moet kunnen luisteren en vragen stellen, waarbij het belangrijk is goed te kunnen doorvragen. Casemanagers dienen ook alert te zijn 'op de dingen die niet gezegd worden'.
- Soms is het nodig dat je de ouderen feedback geeft of een 'spiegel voorhoudt' over de eigen situatie en het eigen handelen.
- Je kunt ouderen bewust complimenten geven (positief bekrachtigen) om de positieve kanten van de situatie of het gedrag van de oudere te benadrukken of om de oudere uit zijn/haar eigen negatieve gedachtenspiraal te halen.
- Je moet kunnen adviseren op zo'n manier dat het advies aansluit bij de oudere en de situatie. Daarvoor heeft de casemanager niet alleen informatie van de oudere nodig (een goede anamnese), maar ook kennis van de gezondheidszorg, welzijn en ouderenzorg.
- Creativiteit is een vereiste en met behulp van coachings- en doorvraagtechnieken ontstaat een beter inzicht in de meningen en gevoelens van de oudere.

"Mensen zijn geneigd om toch wel in een hele negatieve spiraal terecht te komen door alleen maar te kijken naar wat er allemaal zo slecht is en wat er allemaal niet leuk is en wat vervelend is en wat ze dwars zit. Terwijl als je juist die leuke dingen gaat benoemen dat mensen denken van goh ja, nou, dat zijn toch nog wel leuke dingen en, ja." (O1)

"Als je merkt dat iemand gefocust is op iets wat gewoon niet haalbaar is, dat je 'm probeert op een andere gedachte te brengen om te kijken naar iets wat wel haalbaar is." (O4)

Observeren en analyseren

Naast gespreksvaardigheden moet een casemanager de oudere en diens situatie goed kunnen observeren, waarbij vooral aandachtig naar de woonsituatie moet worden gekeken. Veel casemanagers beschrijven dat wanneer ze binnenkomen bij een oudere, ze direct de situatie van het huis en de tuin observeren. Ze inventariseren of er mogelijke problemen zijn die zich in de toekomst kunnen voordoen op het gebied van veiligheid en of (val)preventie nodig is. Enkele casemanagers gaan samen met de oudere door het huis heen om te bekijken of er mogelijke knelpunten in de woonsituatie zijn. Daarnaast wordt geobserveerd hoe de oudere loopt, gaat zitten en opstaat, en hoe de lichamelijke verzorging is. Dit is van belang om eventuele knelpunten te kunnen signaleren zodat preventief actie kan worden ondernomen om escalatie in een later stadium te voorkomen. Casemanagers rekenen het tot hun taak om samen met de oudere een probleem van de oudere helder te krijgen.

"[...] probeer ik verheldering te krijgen waar hun zorgen liggen, wat hun bezighoudt, wat hun dwars zit. [...] En daarnaast kijk je heel erg, hoe is het ingericht [...] gewoon praktisch, qua veiligheid, losse matjes, wc's aanpassingen, douche aanpassingen. Vaak loop ik ook met de mensen [...] even door het huis [...]. Kijk, en als iemand een enorme tuin heeft en die is 85 en die kan amper lopen, ja, dan vraag je toch, 'Goh, hoe doet u dat met de tuin?' Ja, dat neem je allemaal mee [...]." (O2)

Samenwerken en netwerken

Een casemanager dient in staat te zijn tot een goede samenwerking met verschillende partijen, zoals de oudere en personen in zijn/haar omgeving, de andere leden van het Ouderenzorg Team en professionals van andere organisaties. Om een 'case' te kunnen managen moet een casemanager immers met anderen samenwerken. Een voorwaarde hiervoor is dat een casemanager in staat is om contacten te leggen en te netwerken. Er worden voorbeelden gegeven van afstemming of samenwerking met partners of andere familieleden, andere professionals, of vertegenwoordigers van organisaties (navigeren).

Belangrijk is de samenwerking binnen het Ouderenzorg Team omdat de casemanager daarin de belangen van de oudere behartigt.

“Ik vind gewoon dat je als casemanager, [...] dat houdt dus voor mij ook de hele case in, dat houdt ook in dat je problemen signaleert. En dat kan dan zijn het inschakelen van een ouderling van de kerk die al een heel poos niet is geweest. [...] als er dus problemen met de kinderen zijn het inschakelen van een maatschappelijk werker.” (W1)

Planmatig en methodisch werken

Het werken met een anamnese en een zorgleefplan vraagt van een casemanager dat ze planmatig en methodisch kan werken. Vooral de wijkverpleegkundigen beschrijven een planmatige aanpak bij hun bezoeken aan de ouderen. Zij zijn het gewend om te werken met een anamnese en het opstellen van een zorgleefplan. De meeste ouderenadviseurs geven aan dat dit een nieuw aspect is van hun werk. Een enkeling vindt het lastig om methodisch te moeten werken met deze instrumenten, maar de meesten vinden dat het een duidelijke meerwaarde biedt. Het biedt hen een vaste structuur en het levert veel informatie op van de oudere. Elke situatie bij een oudere is anders en vraagt soms om een andere oplossing, daarom vinden casemanagers dat ze oplossingsgericht moeten zijn. Het is soms nodig om even buiten de gebaande paden te kunnen denken en de oudere andere mogelijkheden aan te bieden dan de oudere gewend is.

Houding

Volgens de casemanagers is er een aantal houdingsaspecten binnen hun rol van belang. Casemanagers moeten een open en eerlijke houding hebben en over een goed empathisch vermogen te beschikken. Daarbij is respect voor de mening van een andere generatie, met een andere leefstijl, van belang. Men geeft aan dat je ouderen in hun waarde moet laten en daarvoor moet je als casemanager respectvol omgaan met de normen en waarden van de ouderen. Tijdens huisbezoeken is het belangrijk om de aandacht te vestigen op de oudere en de rust en tijd te nemen. Dit is nodig om verbinding te kunnen maken en een goede vertrouwensband te kunnen opbouwen met de oudere.

“[...] dus je moet je overal aanpassen. Je eigen normen en waarden moet je wegduwen en je moet gewoon kijken naar hoe anderen leven. En dat is dus gewoon heel belangrijk. [...] je moet open staan. Niet oordelen, niet veroordelen. Mensen leven hun eigen leven zoals ze leven, koffie wordt opgewarmd, dat zijn ze hun hele leven gewend. Nou, dan neem je maar gewoon geen koffie want je gaat niet oordelen. Ik laat mensen in hun waarde, dat moet je leren.” (W1)

Tevens is een flexibele houding ten aanzien van de werkzaamheden als casemanager belangrijk om het werk goed te kunnen uitoefenen. Bijvoorbeeld voor wat betreft het inplannen van de huisbezoeken, omdat het slechts op bepaalde uren van de dag mogelijk is een oudere te bezoeken. Voor het opvangen van de pieken en dalen in de werkzaamheden door het jaar heen, veroorzaakt door de variatie in de aanmeldingen van nieuwe ouderen, is ook flexibiliteit vereist. Alle casemanagers geven aan flexibel om te gaan met deze aspecten van hun werk.

Typen casemanagers

Binnen SamenOud zijn er twee typen casemanagers: de wijkverpleegkundigen die zorg verlenen aan ouderen met het profiel ‘Complexe zorgbehoeften’ en de ouderenadviseurs die zorgverlener aan ouderen met het profiel ‘Kwetsbaar’. Zoals in paragraaf 1.2.4 is beschreven verschillen deze typen casemanagers qua opleiding en werkervaring. Hieronder wordt beschreven welke consequenties deze verschillen hebben binnen SamenOud.

Achtergrond: medisch versus welzijn

Wijkverpleegkundigen zijn van mening dat zij door hun vooropleiding en kennis van het medisch vakgebied beter in staat zijn, of dat het voor hen gemakkelijker is, om met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde te communiceren.

Hierdoor hebben zij de indruk dat casemanagers met een wijkverpleegkundige achtergrond meer draagvlak hebben binnen het Ouderenzorg Team.

“Dat ik in OTs meer draagvlak heb. [...] ik heb meer inbreng en kan meer overleggen.” (W2)

Ouderenadviseurs zijn van mening dat zij door hun vooropleiding en ervaring meer gericht zijn op de psychosociale aspecten van de kwaliteit van leven van de ouderen, en dat zij meer kennis hebben van de mogelijkheden binnen de welzijnsorganisaties (sociale kaart). Wijkverpleegkundigen kennen vaak (nog) niet al deze mogelijkheden en zij vullen ‘welzijn’ in als het activeren van de ouderen, het bevorderen van sociale contacten en het inzetten vrijwilligers. Ouderenadviseurs zijn echter ook gericht op thema’s als verstoorde relaties en eenzaamheid.

Beide typen casemanagers zijn zich bewust van deze verschillen en benoemen deze als zodanig en spreken hun zorg daarover uit. Enkele casemanagers met een wijkverpleegkundige achtergrond maken zich zorgen over het gebrek aan medische kennis van sommige ouderenadviseurs. Ze zijn bang dat zij wellicht minder snel lichamelijke problemen van ouderen kunnen signaleren en dat dit negatieve consequenties heeft voor het preventief handelen. Eén van de wijkverpleegkundigen benoemt het verschil en vertelt dat haar focus meer gericht is op zorgaspecten en dat ze te weinig kennis heeft van wonen en welzijn:

“Ja, toch stiekem dan toch wel de zorg. Ja, dat gaat vanzelf, dat ben je zo gewend, dat zit zo in je hoofd. Ja. Maar ik doe echt mijn best om mij te focussen op het wonen, op het welzijn. Maar ik merk wel dat het welzijn, dat ik daar toch te weinig kennis van heb.” (W5)

Uitvoering: methodisch handelen versus meer inzicht in hulpvraag

Zoals al is beschreven blijken de wijkverpleegkundigen gewend te zijn aan een methodische en planmatige aanpak van de zorgverlening aan de ouderen. De meeste ouderenadviseurs echter geven aan dat het methodisch werken nieuw voor hen is. Voor een enkeling is dit lastig, maar de meeste casemanagers zijn van mening dat het wel een duidelijke meerwaarde heeft. De instrumenten binnen SamenOud bieden hen een vaste structuur om mee te werken. Doordat wijkverpleegkundigen meer ervaring hebben met methodisch werken en digitale informatiesystemen kunnen zij zich de systematiek van het EOD sneller eigen maken in vergelijking met de ouderenadviseurs.

De ouderenadviseurs vertellen dat ze veel aandacht besteden aan het in kaart brengen van het welzijn van de ouderen. Ze vinden het belangrijk dat de oudere inzicht krijgt in zijn/haar eigen dagelijks leven, de activiteiten die ze doen, contacten die ze (nog) hebben en de sociale ondersteuning die ze krijgen. Als er problemen zijn wordt er niet onmiddellijk naar een oplossing gezocht, maar wordt geprobeerd eerst meer inzicht te verkrijgen in de aard van het probleem, of zoals sommige casemanagers het benoemen, op zoek te gaan naar ‘de vraag achter de vraag’. De wijkverpleegkundigen vertellen echter dat zij in eerste instantie meer gericht zijn op het oplossen van de aan de zorg of behandeling gerelateerde problemen. Ze geven aan sneller geneigd te zijn tot handelen en ervaren daardoor de eerste periode in het contact met de ouderen als waardevol, omdat ze door actie te ondernemen veel voor de oudere kunnen betekenen. In die periode ervaren ze het meeste ‘rendement’ omdat ze letterlijk iets voor de oudere kunnen doen.

“[...] als je inderdaad er achter probeert te komen wat er echt leeft bij de mensen. Echt interesse, belangstelling en ja, dat is zo’n modewoord, ‘de vraag achter de vraag’ eruit proberen te krijgen. [...] dat je kijkt van wat is het nou echt, niet alleen maar oplossend te werk willen gaan onmiddellijk. Van ‘ik voel me eenzaam op zondag’, dat je al gelijk zegt van ‘Oh, maar ik heb een leuke activiteit voor u op zondagmiddag, ga daar maar heen’. Maar ja wat is dat dan, dat eenzaam zijn op zondag? Wat mist u dan, wie mist u dan, een specifiek iemand?” (O1)

Uit de interviews blijkt duidelijk dat de wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs een eigen focus hebben. Dit vertaalt zich direct naar de begeleiding van de oudere. Zo blijkt een ouderenadviseur andere vragen te stellen dan de wijkverpleegkundige. Eén van de wijkverpleegkundigen geeft een duidelijk voorbeeld:

“Ik was bij een echtpaar en [...] die hadden moeite een vragenlijst in te vullen. En toen dacht ik dat die vragen te moeilijk waren, en ik begreep het gewoon niet. En er waren wat problemen met hun woning en dat schoot maar niet op. Dus toen zei ik tegen [naam ouderenadviseur], ik zeg: 'Nou [naam ouderenadviseur] ik weet gewoon niet wat [ik hier mee moet]...'. [naam ouderenadviseur], was er een uur geweest. Die mensen konden dus alle twee niet goed lezen en schrijven, hadden een heel gedoe met de woningbouw. Ook geen wonder want ze konden de formulieren van de woningbouw dus ook niet lezen. Dus [naam ouderenadviseur] had door haar manier van vragen en benaderen dat boven tafel... Kijk ik weet dan wel ze droegen brillen en ze waren naar de oogarts geweest, dat weet ik dan wel. Maar of ze überhaupt konden lezen en schrijven, had ik niet gevraagd en [naam ouderenadviseur] wel.” (W1)

Box 2: Visie van casemanagers op eigen rol

Casemanagers zijn van mening dat voor de rol van casemanager een HBO denk- en werkniveau noodzakelijk is. Ze hebben een breed scala aan kennis en vaardigheden nodig om de rol goed te kunnen uitoefenen:

- Het beheersen van goede gespreksvaardigheden; deze vormen een belangrijk instrument om mee te werken.
- De situatie goed kunnen observeren, waarbij vooral aandachtig naar de woonsituatie wordt gekeken.
- In staat zijn om contacten te leggen en te netwerken.
- Buiten de gebaande paden te denken en de oudere andere mogelijkheden aan te bieden dan de oudere gewend is.

Tijdens huisbezoeken is het belangrijk om de aandacht te vestigen op de oudere en de rust en tijd te nemen. Dit is nodig om verbinding te kunnen maken en een goede vertrouwensband te kunnen opbouwen met de oudere.

Het werken met een anamnese en een zorgleefplan vraagt van een casemanager dat ze planmatig en methodisch kan werken. Werken met deze instrumenten biedt een vaste structuur en het levert veel informatie op van de oudere.

Door de verschillende achtergrond van de wijkverpleegkundige en ouderenadviseur hebben ze een andere manier van communiceren en handelen, niet alleen ten opzichte van de ouderen, maar ook binnen het Ouderenzorg Team. Vanuit deze verschillen hebben ze ieder ook specifieke kwaliteiten. Zo zijn de wijkverpleegkundigen goed in methodisch handelen en zijn de ouderenadviseurs op het gebied van gespreksvaardigheden zeer ervaren.

Een ander verschil tussen ouderenadviseurs en wijkverpleegkundigen is de manier waarop de zorg- en begeleidingsvraag in beeld wordt gebracht. De ouderenadviseur besteedt veel aandacht aan het in kaart brengen van het welzijn van de ouderen. De wijkverpleegkundigen zijn in eerste instantie meer gericht zijn op het ‘oplossen’ van de aan de zorg of behandeling gerelateerde problemen.

Samenvattend kan men constateerden dat de casemanagers ernaar streven dat:

- Een oudere beter inzicht krijgt in de eigen situatie.
- Een oudere plezierig leeft en veilig woont in zijn/haar eigen huis.
- De fysieke, psychische en sociale problemen, indien mogelijk, worden opgelost of gestabiliseerd, of dat de casemanager de oudere bijstaat om deze te accepteren.
- Een oudere het zelfvertrouwen krijgt dat hij/zij zich zelfstandig kan redden en daardoor in staat is om zelf zaken te regelen en dat ouderen weten waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen.
- Een oudere meer wegwijs wordt in de zorg- en welzijnssector.
- Een oudere de casemanager weet te vinden als het nodig is, dat het contact met de casemanager laagdrempelig is en dat ouderen gemakkelijk contact opnemen met de casemanager.

2.1.3 Meerwaarde van de inzet van casemanagers

Eén van de onderwerpen tijdens het interview was de meerwaarde van een casemanager in het zorgverlenings- en begeleidingsproces. Uit de reacties blijkt niet alleen de meerwaarde voor de oudere maar ook voor de casemanager zelf.

Meerwaarde voor de oudere

De casemanagers voelen zich erg betrokken bij het wel en wee van de ouderen door het intensieve contact dat ze met hen hebben. Ze voeren interessante, leuke, en soms ook intense, gesprekken met de ouderen en nemen daar ook de tijd voor. Door deze gesprekken krijgen ze vaak ook vertrouwelijke informatie van de oudere. Dit maakt dat de casemanager in staat is aan te sluiten bij de behoeften en beleavingswereld van de oudere en daadwerkelijk iets voor hem of haar te betekenen. Het beeld dat de casemanager als een vertrouwenspersoon wordt gezien blijkt ook uit het onderzoek SamenSprak 1 onder ouderen die aan SamenOud deelnamen (Slotman, 2013). Een casemanager:

“En ik denk dat vooral bij SamenOud dat de kracht er in ligt dat je langduriger bij mensen komt. Kijk als je de eerste keer bij iemand komt, die zal niet gelijk gaan zeggen ook al is er wel een probleem: ‘Ja, ik kan totaal niet met m’n dochter door één deur en ik heb er hartstikke veel last van.’ Of: ‘Ik voel me eenzaam’, dat zijn allemaal dingen die je niet bij een eerste huisbezoek gaat zeggen, zeker niet hier in deze regio. Dus dat vind ik de kracht van SamenOud, [...] doordat je mensen beter leert kennen, dat je ook achter onverwachte dingen komt. Zoals bijvoorbeeld dat mensen financiële problemen hebben terwijl dat helemaal niet zo oogt. [...] dat ga je niet bij de deur zeggen tegen een wildvreemde vrijwilliger.” (O2)

De casemanagers vertellen tijdens de interviews over de acties die ze voor de ouderen hebben ondernomen. Veelal gaat het om het organiseren van hulp door of begeleiding van andere organisaties of hulpverleners. Voorbeelden die worden genoemd zijn het regelen van fysiotherapie, doorverwijzing naar Visio (expertisecentrum voor slechtzienden), thuiszorg, het geheugenteam of afstemming met een verpleeghuis, kliniek, revalidatiecentrum of specialistisch verpleegkundige in een ziekenhuis. Meestal levert dit een verbetering op van de situatie van de oudere of de mantelzorger. Maar ook de goede afstemming met de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde levert regelmatig een verbetering op. Vermindering van de medicatie en het aantal controles bij medisch specialisten of een betere diabetescontrole zijn daarvan bijvoorbeeld het resultaat.

“[...] het was voor die meneer een enorme opluchting dat hij in overleg met de specialist ouderengeneeskunde twee specialisten niet meer hoefde te bezoeken.” (O4)

Een belangrijk deel van de acties bestaat uit advisering en bemiddeling. Zo regelen de casemanagers diverse hulpmiddelen voor de ouderen of ze geven er informatie over zodat de oudere deze zelf gaat regelen. Dit kan variëren van een douchestoel, driewieler, kaartenplankje, personenalarmering, aangepaste computer, papegaai boven het bed, tot beter incontinentiemateriaal. Eén casemanager vertelt dat ze een echtpaar met succes heeft gestimuleerd de kinderen te vragen om een laminaatvloer te leggen om het valrisico te verminderen. Daarnaast geven casemanagers soms informatie over sociale activiteiten in de buurt of bemiddelen ze voor de inzet van vrijwilligers die iets voor de oudere kan betekenen. Hierdoor zijn enkele ouderen nieuwe activiteiten gaan ondernemen, zoals het bezoeken van de SamenOud-dagen of deelname aan de activiteiten van De Zonnebloem. De casemanager bemiddelt soms ook tussen de oudere en de huisarts door vragen van de oudere aan de huisarts voor te leggen en dit vervolgens aan de oudere terug te koppelen. Hierdoor wordt de drempel om bepaalde zaken aan de huisarts voor te leggen voor de oudere verlaagd.

De meerwaarde van een casemanager blijkt duidelijk uit de volgende casus: een oudere met zowel fysieke als psychische klachten werd door veel verschillende zorgverleners begeleid. Volgens de casemanager was er echter

niemand die de praktische problemen écht oppakte. Zo regelde de casemanager dat de kapotte scooter gerepareerd werd en dat er een nieuw hoog-laag bed kwam. Daarnaast regelde ze een rolstoel zodat iemand deze oudere naar de kapper kon brengen, want dat was hoog nodig:

“Zij had wel thuiszorg en allerlei instanties kwamen er ook hoor, maar niemand pikte de dingen echt op leek het wel.” (W6)

Meerwaarde voor de eigen beroepsuitoefening

Door de nieuwe manier van werken krijgen de casemanagers een andere kijk op hun werk. Ze geven aan dat dit ook een positief effect heeft op hun reguliere werkzaamheden als wijkverpleegkundige of ouderenadviseur.

De nieuwe manier van werken wordt ook bij het uitvoeren van deze werkzaamheden toegepast. Dit wordt als een duidelijke meerwaarde van SamenOud gezien.

In tegenstelling tot de reguliere werkzaamheden van de wijkverpleegkundige of ouderenadviseur kijkt de casemanager met een brede blik naar de situatie van de oudere: ze kijkt niet alleen naar de zorgbehoefte, maar ook naar wonen en welzijn. Deze brede blik wordt versterkt doordat ook in het Ouderenzorg Team vanuit verschillende invalshoeken naar de situatie van ouderen wordt gekeken. Het contact dat de casemanagers hebben met de diverse leden van het Ouderenzorg Team is laagdrempelig. De samenwerking met de huisartsen vinden ze waardevol omdat ze hierdoor een breder beeld krijgen van de situatie van de oudere. Ze krijgen niet alleen meer informatie maar kunnen ook de medische situatie en het lichamelijk functioneren van de oudere met de huisarts bespreken en afstemmen. Sommige casemanagers hebben toegang tot het Huisartsinformatie Systeem (HIS).

Voor enkele casemanagers is de samenwerking met andere professionals binnen het Ouderenzorg Team een nieuwe dimensie van hun vak die ze zeer kunnen waarderen. Afstemming met professionals van bijvoorbeeld andere zorgorganisaties en woningbouwverenigingen is immers vaak nodig om tot een goede oplossing te kunnen komen in bepaalde situaties.

Voldoening van casemanagers

De meeste casemanagers zijn erg tevreden over hun rol als casemanager en halen veel voldoening uit het werk. Casemanagement geeft voor een enkeling een mooie invulling van de carrière en het biedt vernieuwing. Er zijn verschillende aspecten waaraan deze voldoening wordt ontleend. Belangrijk aspect is de mate waarin de oudere tevreden is over de verleende zorg. Dit wordt door de casemanagers afgemeten aan tevreden opmerkingen van de oudere of aan een gezichtsuitdrukking of houding die gedurende het gesprek verandert.

“Je ziet bijvoorbeeld die meneer [...] daar zit ik anderhalf uur, twee uur soms. [...] je begint met een meneer die toch een beetje in mekaar zit of beetje zorgelijke trek op z'n gezicht heeft en het gaat niet zo goed [...]. En dan na anderhalf uur, [...] hij begint wat met z'n zorgelijke dingen te vertellen en op een gegeven moment heeft ie toch weer iets te pakken wat heel leuk is. En dan begint hij te vertellen en nou dan op een gegeven moment komen we dan op een punt dat hij weer lekker in z'n stoel zit en we hebben gelachen en hij ziet er beter uit. Dan denk ik van nou, ik heb niks hoeven doen aan praktische dingen, maar het feit dat hij weer lekker in z'n vel zit door wat hij heeft kunnen vertellen.” (W1)

“Ik kijk echt naar de oudere, ja. Ja, dat is een afspiegeling vind ik zelf. [...] Ik merk ook verschil in hoe je binnenkomt bij de oudere en hoe je daar weer weggaat, aan gezichtsuitdrukking van de mensen. Dat ze blij zijn dat je geweest bent of dat je een keer belt tussendoor of scheelt dat ook, je krijgt zoveel terug van die mensen, ja.” (W5)

Als de casemanager daarnaast concrete resultaten boekt geeft dat veel voldoening. Het kan dan gaan om een gedragsverandering bij de oudere of een nieuw verkregen inzicht van de oudere in de eigen situatie. Casemanagers noemen voorbeelden zoals het geven van positieve feedback (bekrachtiging) waardoor de oudere inzicht krijgt in welke zaken zelf nog gedaan of geregeld kunnen worden.

[...] ik merkte dat doordat je in gesprek gaat met de oudere worden ze zich bewuster van dingen, bewuster van hun eigen kunnen en gaan er dan ook na die tijd anders mee om. Als ze bijvoorbeeld een beperking hebben wat heel erg zwaar weegt [...]. Nou ja, dat probeer ik dan te bespreken en te kijken waarom is het nou zo zwaar? En soms valt de zwaarigheid dan wel mee doordat je met ze in gesprek gaat en een stukje bewustwording krijgt [...]. Nou ja, dat is echt een stukje coping dat je moet omdraaien.”(W2)

Slechts één van de casemanagers geeft aan niet zo veel voldoening te ontleen aan haar rol als casemanager omdat ze voor haar gevoel te weinig kan ‘doen’ voor de oudere. Tijdens de eerste maanden, waarin ze probleemoplossende acties kon ondernemen, kon ze voor haar gevoel meer betekenen voor de ouderen. Maar daarnaast was het voor haar ook, net als voor een aantal andere casemanagers, een leermoment om te constateren dat je door goed te luisteren en aandacht te hebben voor de oudere ook veel kan betekenen voor die oudere.

“[...] in het begin ook wel veel voldoening omdat je veel kon doen toch. En toen naarmate het jaar dan vorderde, kreeg ik iets wat, ietwat minder voldoening. Dan had ik echt zoiets van, oh nou, ik kan niks meer voor die mensen betekenen. Maar dat was dus ook voor mij, die gedachtegang dat ik iets moest doen en dat ik er toen ook achter kwam van 'Nee, gewoon er naartoe gaan en luisteren is al heel erg belangrijk'. Dat is echt voor mij een enorme eyeopener geweest.” (W6)

Betekenis van acties die casemanager onderneemt

De casemanagers geven aan dat de acties die ze voor de ouderen ondernemen in hun eigen ogen vaak maar ‘klein’ van betekenis zijn, terwijl ze weten dat juist voor de ouderen deze ‘kleine’ dingen heel belangrijk zijn. Ze benoemen hun activiteiten, wellicht onbewust, als klein, ondanks de soms veelzeggende resultaten. Eén van de casemanagers heeft bijvoorbeeld voor een oudere met een slecht gezichtsvermogen de expertise van Visio (expertisecentrum voor slechtzienden) ingeschakeld waarna er een aantal aanpassingen in huis zijn gedaan. Het slot in de voordeur is bijvoorbeeld aangepast waardoor de oudere die ook in het donker kan zien en daardoor ook ‘s avonds het huis weer durft te verlaten. Daarnaast heeft deze oudere nu een aangepaste computer. De casemanager benoemt haar bemiddeling in dezen echter als ‘iets kleins’.

“Ik wist dus toen ik begon in SamenOud, dat voor de ouderen kleine dingen een wereld van verschil maken, ja. Wél een goede rolstoel of geen goede rolstoel maakt een heleboel verschil. Wél een goed contact met de huisarts of niet, is een gigantisch verschil.” (W1)

Box 3: Meerwaarde van de inzet van casemanagers

De meeste casemanagers halen veel voldoening uit hun nieuwe rol. De nieuwe manier van werken biedt meerwaarde voor de casemanagers en voor de ouderen die ze begeleiden. Een enkeling heeft minder affiniteit met de rol van casemanager omdat ze de uitvoerende en de resultaatgerichte aspecten binnen de rol mist. De casemanagers hebben de neiging hun eigen bijdragen 'naar beneden te halen' door te spreken over een 'kleine' actie die men voor de oudere heeft gedaan. Voor ouderen is het contact met de casemanager heel waardevol en zijn de resultaten van hun inzet van grote waarde (Slotman, 2013). Er lijkt hier sprake te zijn van valse bescheidenheid van de casemanagers. De casemanagers ondernemen regelmatig concrete acties voor de ouderen. Deze zijn in de volgende rubrieken onder te verdelen:

- Organiseren van zorg en begeleiding in samenwerking met andere organisaties of hulpverleners.
- Afstemming van medische zaken met de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en specialisten in het ziekenhuis.
- Informeren over en stimuleren van sociale contacten en activiteiten in de sociale omgeving van de ouderen en/of het inschakelen van een vrijwilliger.
- Organiseren en coördineren van hulpmiddelen.

Casemanagement geeft voor sommige casemanagers een mooie invulling van de carrière en biedt een nieuwe uitdaging.

2.1.4 Behoeften, wensen en voorwaarden

Casemanagers hebben als professional een aantal wensen en behoeften om de uitoefening van hun rol als casemanager te optimaliseren. Daarnaast geven ze hun mening over enkele zaken die vanuit SamenOud zijn aangeboden.

Behoeften casemanager

Casemanagers geven aan behoefte te hebben aan intercollegiaal overleg. SamenOud is een project en is, net als hun rol als casemanager, in ontwikkeling. Er is daarom behoefte om af en toe te 'sparren' met collega casemanagers en af te stemmen of men goed bezig is. Aangezien de casemanagers veelal solistisch werken hebben de 'terugkomdagen' die in het kader van SamenOud worden georganiseerd hierin een duidelijke functie. Ook de intervisiebijeenkomsten voor de casemanagers die sinds het voorjaar door de projectleiders van SamenOud georganiseerd worden voldoen aan deze behoefte. Er zijn nog geen concrete ervaringen met de intervisiebijeenkomsten omdat deze tijdens de interviewperiode net waren gestart.

"Het is nog steeds in ontwikkeling en je hebt feedback nodig, je moet af en toe kunnen sparren." (W1)

Meerdere casemanagers geven aan behoefte te hebben aan feedback op hun functioneren als casemanager. Hierbij is onzekerheid over de invulling van de nieuwe rol als casemanager een belangrijk aspect. De projectleiders van SamenOud zouden hier volgens de casemanagers wellicht aan kunnen bijdragen. Een enkeling krijgt nu al af en toe feedback van een projectleider.

"En ik wil eigenlijk wel heel graag weten of ik het goed doe of niet, een functioneringsgesprek." (W1)

De casemanagers vinden dat de leidinggevendenden van de eigen organisatie geen feedback kunnen geven op hun functioneren als casemanager, omdat zij niet betrokken zijn bij de uitvoering van SamenOud. Enkele casemanagers zouden graag willen dat ze juist wel meer betrokken zouden zijn.

Inbedding: eigen werkgever versus SamenOud

De meeste casemanagers hebben niet gesolliciteerd naar de rol van casemanager binnen SamenOud. Ze zijn door de eigen organisatie gevraagd en soms aangewezen om deze rol te gaan vervullen. Tussen vragen en daadwerkelijk starten van SamenOud heeft bij een aantal casemanagers nauwelijks tijd gezeten, waardoor ze aan SamenOud zijn begonnen zonder dat ze precies wisten wat hen te wachten stond. In een enkel geval was men zonder dat de reguliere werkzaamheden goed waren afgebouwd al bij de basistraining aan het begin van SamenOud aanwezig. Voor een aantal casemanagers was dit een stressvol begin van de werkzaamheden bij SamenOud.

“Nou, ik kreeg het ineens te horen. En [...] dat was gewoon heel snel plannen en in een rare tijd, in december enzo, dus dat vond ik niet zo leuk.” (O3)

De casemanagers die naast hun werk voor SamenOud ook reguliere werkzaamheden hebben voor de eigen organisatie worstelen met de combinatie van de verschillende taken en de hoeveelheid uren die men voor deze taken heeft. De meeste casemanagers vinden het onwenselijk dat ze hun SamenOud-rol moeten combineren met reguliere werkzaamheden. Het wordt als lastig ervaren om steeds van rol te moeten switchen en het levert ook stress op qua planning van de werkzaamheden. Twee casemanagers beschrijven consequenties van de combinatie van de twee rollen:

“Ik vind anderhalve dag voor de thuiszorg [reguliere werkzaamheden] veel te weinig, daarin kan ik m'n gewone cliënten niet bedienen of dan heb ik het overzicht helemaal niet goed. En als je dat casemanagement echt goed wilt doen dan moet je daar ook meer uren voor hebben. [...] Maar ik vind de combi een hele lastige. [...] dat gaf mij ook stress trouwens, dat ik het altijd maar een beetje half kon doen. Dat ik me niet helemaal kon richten op één iets en je steeds moet schakelen.” (W6)

“Geen tweede baan ernaast. Ik vind het heel moeilijk, ook het switchen. [...] Je hebt twee banen en die heb je. En als je bepaalde verantwoordelijkheid hebt dan zeg je niet 'Oké, de 16 uren zitten erop, nee'.” (O3)

In combinatie met de reguliere werkzaamheden is het in sommige periodes voor een aantal casemanagers niet mogelijk geweest om binnen de uren die ze tot hun beschikking kregen vanuit de eigen organisaties de afgesproken werkzaamheden te verrichten. Dit is, naar de mening van de casemanagers, ten koste gegaan van de kwaliteit van de zorg en begeleiding van de ouderen óf het is ten koste gegaan van de eigen vrije tijd. Sommige casemanagers hebben daardoor in bepaalde periodes veel overuren gemaakt. Een scheiding tussen de taken en/of een ophoging van uren voor SamenOud wordt daarom als wenselijk gezien. De afstemming hierover met de eigen organisatie verloopt niet altijd even soepel. Enkele casemanagers geven aan dat ze daardoor het gevoel hebben een pion te zijn die heen en weer wordt geschoven tussen de SamenOud-organisatie en de eigen organisatie.

Een aantal casemanagers is daarnaast van mening dat ze te weinig uren hebben voor het aantal ouderen dat ze in het kader van SamenOud begeleiden. Men vindt het heel vervelend dat ze in bepaalde periodes te weinig tijd hebben om alle huisbezoeken voor SamenOud volgens de afgesproken frequentie in te plannen. Dit geldt voor zowel de wijkverpleegkundigen als de ouderenadviseurs.

Randvoorwaarden

De rol van casemanager was voor alle geïnterviewden nieuw. Vanuit dit gegeven richtte het interview zich op de randvoorwaarden die volgens de casemanagers nodig zijn voor de uitoefening van hun rol. Hierbij ook het onderwerp scholing meegenomen.

Autonomie en vrijheid

Casemanagers hebben een zekere autonomie en vrijheid nodig om hun rol op een goede manier te kunnen vervullen. Deze vrijheid betreft het zelf kunnen inplannen van de werkzaamheden en de vrijheid vanuit de organisaties om de rol als casemanager als professional te kunnen invullen. In samenwerking met de huisarts betreft het de vrijheid om zelf acties te kunnen ondernemen richting de oudere.

Rustige werkplek

Daarnaast hebben casemanagers letterlijk rust en ruimte nodig om te werken, en dus de vrijheid om eventueel een rustige werkplek te zoeken. In een hectisch kantoor is het lastig om de concentratie te bewaren als er veelvuldig vragen gesteld worden die niet met SamenOud te maken hebben. Thuiswerken is voor sommigen een goede optie. Enkele casemanagers willen daarom graag een aparte werkplek hebben als ze voor SamenOud werkzaamheden verrichten.

Scholing

De casemanagers zijn hun rol als SamenOud casemanager gestart met een basistraining van een aantal dagen in het UMCG. Daarna zijn er voor de casemanagers en de overige leden van het Ouderenzorg Team regelmatig terugkomdagen georganiseerd. Tijdens de terugkomdagen vond er extra scholing en training plaats en was er gelegenheid om te netwerken en ervaringen uit te wisselen.

De trainings- en terugkomdagen worden door alle casemanagers als waardevol ervaren. Het kunnen sparren en overleggen met collega's tijdens deze bijeenkomsten wordt zeer gewaardeerd. Ook de bijeenkomsten samen met de huisartsen worden als positief ervaren. Daarnaast geeft een aantal casemanagers aan dat de presentaties van andere professionals, zoals de tandarts en de ergotherapeut, leerzaam waren.

"[...] ik vond 't een super scholing, vond 't ook heel leuk." (O3)

Ik vond ook de terugkomdagen prettig, dat je elkaar toch de gelegenheid geeft om met elkaar in contact te komen, en nou, te horen van elkaar: 'Hoe gaat het, hoe loopt het, hoe is het'. Ja, ik ben heel positief." (O2)

"We hebben laatst ook een dag gehad met allemaal gastsprekers. Nou, dat vond ik leuk, hoeft niet elke keer, maar dat was wel nuttig. Een ergotherapeut was er en een tandarts. Ja, daar heb je ook echt wel wat aan, dat is puur gericht op die ouderen." (W6)

Met betrekking tot de training over het Elektronisch Ouderen Dossier (EOD) verschillen de meningen. Een aantal casemanagers vindt dat er teveel aandacht is besteed aan het EOD. Anderen echter, vaak de ouderenadviseurs, vinden de instructies aan het begin onvoldoende. De scholing over de 'Grip en Glans' training noemen enkelen waardevol, maar deze had wellicht beter op een ander moment aangeboden kunnen worden. Na de start van SamenOud zijn casemanagers namelijk vooral bezig zich SamenOud eigen te maken. Pas op een later moment is er behoefte aan meer verdieping zoals bijvoorbeeld aan de training 'Grip en Glans'.

Een aantal casemanagers zou graag meer willen leren over dementie en verdere verdieping van de gespreksvaardigheden zou ook welkom zijn.

SamenOud projectteam

De casemanagers vinden het noodzakelijk dat er een SamenOud projectteam is. De casemanagers zijn overwegend tevreden over de ondersteuning die door het projectteam wordt geboden. Ze geven aan dat er goed wordt geluisterd en dat er een open en eerlijke houding is. De snelheid waarmee zaken worden gecommuniceerd wordt als prettig ervaren. Voor een aantal casemanagers is het merkbaar dat er in het projectteam mensen werken afkomstig uit 'de praktijk'. Dit

geeft het gevoel dat er begrip is voor de praktijk en dat wordt gewaardeerd. Ook tijdens de overleggen van de Ouderenzorg Teams ervaart men de betrokkenheid van de projectleiders als positief.

“De communicatie met het onderzoeksteam, [...] vond ik echt super. En hoe zij/hij zich opstelde bij de [...] Ouderenzorg Teams. Altijd goed geïnformeerd en altijd heel eerlijk over de stand van zaken. Ja, dat vond ik echt heel prettig.” (W6)

De casemanagers noemen ook enkele verbeterpunten waaronder de aanloop naar de SamenOud-dag. De organisatie hiervan had beter met elkaar afgestemd kunnen worden. Enkele casemanagers geven aan dat ze in het voortraject graag beter geïnformeerd hadden willen worden over de taken en de opzet van de dag.

Eén casemanager geeft aan teveel verschillende mailtjes van verschillende mensen uit het projectteam te ontvangen en ze ervaart dat als een overload aan informatie. Een andere casemanager geeft aan dat ze de vragen en opmerkingen aan de hele groep niet altijd op haar van toepassing vindt en het zou het prettiger vinden als feedback, bijvoorbeeld over het EOD, individueel was teruggekoppeld.

Box 4: Behoeften, wensen en voorwaarden

De meeste casemanagers zijn zeer positief, ontnemen veel plezier aan hun rol als casemanager en willen graag bij SamenOud betrokken blijven.

De casemanagers die naast hun werk voor SamenOud ook reguliere werkzaamheden uitvoeren voor de eigen organisatie worstelen met de combinatie van de verschillende taken en de hoeveelheid uren die ze voor deze taken hebben. De meeste casemanagers vinden het onwenselijk dat ze de SamenOud rol moeten combineren met reguliere werkzaamheden. Wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs vinden het daarnaast heel vervelend dat ze in bepaalde periodes te weinig tijd hebben om alle huisbezoeken voor SamenOud volgens de afgesproken frequentie in te plannen.

Doordat SamenOud een nieuw zorgmodel is, dat een andere manier van denken en handelen eist, hebben de casemanagers veel behoefte aan intercollegiaal overleg en feedback van anderen. Men is tevreden met de ondersteuning vanuit het projectteam en de scholing die is aangeboden vanuit SamenOud. De casemanagers vinden het noodzakelijk dat er een SamenOud projectteam is.

Inherent aan een nieuwe manier van werken is dat niet alle (rand)voorwaarden, bijvoorbeeld op gebied van de hard- en software, vanaf het begin optimaal functioneerden. Dit wordt door de casemanagers enerzijds geaccepteerd maar levert anderzijds ook onzekerheden en stress op.

2.1.5 Eigen professionele ontwikkeling: SamenOud als leerproces

Deelname aan SamenOud wordt door de meeste casemanagers ervaren als een positief leerproces waarin ze ook persoonlijke, nieuwe inzichten en vaardigheden hebben kunnen ontwikkelen. Deze nieuwe vaardigheden en inzichten passen ze ook toe tijdens hun reguliere werkzaamheden als wijkverpleegkundige of ouderenadviseur. Eén van de casemanagers geeft aan dat het een goed idee zou zijn als iedere wijkverpleegkundige een poosje volgens het SamenOud-model zou werken. Dit zou de kwaliteit van de verleende zorg volgens haar verbeteren.

De casemanagers beschrijven een aantal aspecten van SamenOud die voor hen nieuw waren en een leerervaring opleverde. Zo geven bijna alle casemanagers aan dat ‘de brede kijk’ op de situatie van de oudere een nieuw aspect is. Eén wijkverpleegkundige geeft aan dat zij dit tijdens de opleiding wel heeft geleerd maar dat door de hectiek van alledag in de praktijk deze brede kijk toch steeds smaller is geworden.

Een ander aspect van SamenOud dat voor veel casemanagers een nieuwe uitdaging biedt is het stimuleren van de eigen regie en zelfredzaamheid van de oudere. Zoals ook al is beschreven in paragraaf 2.1.2 over de verschillen tussen wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs hebben vooral wijkverpleegkundigen geleerd om de oudere te stimuleren zelf iets te laten doen aan zijn/haar ‘probleem’. Wijkverpleegkundigen zijn van oudsher gewend om zelf te handelen

waardoor ze soms moeite hebben om de oudere te stimuleren het zelf op te lossen en de verantwoordelijkheid bij de oudere te laten. Dit wordt ook wel 'het werken met de handen op de rug' genoemd.

“Ja, dat moet je dus leren, dan moet je dus zelf niet zo geneigd zijn om alles over te nemen (lacht), dus ja, dat is op zich nog wel een kunst ja, die wij misschien als wijkverpleegkundigen juist niet zo heel erg bezitten, omdat wij geneigd zijn om dingen te regelen voor anderen. Wij hebben de telefoon al in de hand.” (W4)

Het gedigitaliseerd methodisch werken (anamnese, zorgleefplan) in het EOD is voor alle casemanagers nieuw. De wijkverpleegkundigen hebben meer ervaring met het afnemen van anamneses en het opstellen van een zorgleefplan dan de ouderenadviseurs. Voor de ouderenadviseurs is het werken met een uitgebreide anamnese en zorgleefplan nieuw. Een enkeling vindt deze manier van registreren te uitgebreid, maar de meesten hebben gemerkt dat het veel inzicht in de situatie van de oudere oplevert en dat het een goede basis vormt voor het vervolg van het zorgverleningsproces. De meeste casemanagers ervaren de vaste werkwijze en de structuur van het EOD als prettig.

Box 5: Eigen professionele ontwikkeling: SamenOud als leerproces

SamenOud is voor de casemanagers een 'groeimodel' geweest waarin ze mochten leren en innoveren. Ze hebben veel geleerd van SamenOud. De brede blik op gebied van wonen, welzijn en zorg bepaalt nu het denken en handelen van de casemanagers, al wordt door de hectiek van alledag deze brede blik soms toch weer smaller. Een ander leeraspect, vooral voor de wijkverpleegkundigen, was het 'het werken met de handen op de rug': de oudere stimuleren om zelf de problemen op te lossen en de verantwoordelijkheid bij de oudere te laten.

2.2 Oudere als ontvanger van zorg en begeleiding

2.2.1 Achtergrondgegevens ouderen

Enkele aspecten die de casemanagers hebben benoemd schetsen een beeld van de setting waarbinnen zij werkzaam zijn en de omstandigheden waarmee ze rekening moeten houden.

Oost-Groningen

Volgens enkele casemanagers zijn de mensen in Oost-Groningen de laatste jaren eraan gewend geraakt dat niet alleen de overheid maar ook de gezondheidszorg en de welzijnsorganisaties voor hen beslissen en handelen, waardoor het gevoel van eigen verantwoordelijkheid is verminderd. Eén van de casemanagers noemt het 'betutteling' door zowel de gemeente als de zorgverleners. De casemanagers geven aan dat daardoor het stimuleren van de zelfredzaamheid van ouderen een extra uitdaging vormt. De laatste jaren stimuleert de overheid burgers om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen zorgbehoeften, ingegeven door de bezuinigingen.

“En dat zie je ook heel veel bij mensen, die hebben zoveel eigen kracht in zich, maar dat ze eigenlijk gewend zijn geweest om alsmat te leunen op die hulpverlening. Of denken van, nou, 'Het lukt mij toch niet en ik kan het niet en' ja, wat in die moppersfeer hè? Iedereen is ook van: 'Ja, tegenwoordig doen ze toch niks meer voor ouderen. Ik ben al oud en ik ben overbodig'. Daar ben ik wel van geschrokken hoor. [...] ik ga dan toch in gesprek, het gewoon proberen dat zij van zichzelf benoemen wat ze wel goed kunnen. Niet dat ik dat ga benoemen, maar ze het zelf laten benoemen.” (O4)

En ander aspect waar casemanagers tegen aanlopen is het feit dat er steeds minder mantelzorgers en vrijwilligers beschikbaar zijn, ook in relatief kleine gemeenschappen zoals in Oost-Groningen. Kinderen zijn vaak niet in staat een verzorgende rol voor hun ouder te vervullen of willen deze rol niet op zich nemen.

Screening en triage

De werving van deelnemers aan het onderzoeksproject SamenOud is via de huisarts verlopen. De eerste vragenlijst (screening), waarop ouderen konden aangeven of ze aan het onderzoek mee wilden doen, is door de helft van de aangeschreven ouderen ingevuld. De casemanagers denken dat het niet invullen van de vragenlijst door een grote groep mensen van invloed is geweest op het type ouderen dat meedoet aan SamenOud. Volgens hen is er daardoor een groep ouderen die wel tot de doelgroep van SamenOud behoort, en ook behoefte aan deze extra zorg zou hebben, maar uiteindelijk niet meedoen. De casemanagers noemen dit als een van de belangrijkste knelpunten van het systeem van includeren van ouderen en zouden graag de ouderen die niet hebben gereageerd op de vragenlijst ook willen bezoeken.

“Alle 75-plussers zijn aangeschreven echter alleen de mensen die in SamenOud zitten zijn de mensen die ook gereageerd hebben. [...] Ik heb ooit eens een onderzoek gedaan en juist de mensen die je zou willen bereiken, die bereik je niet. Die vullen die vragenlijst niet in, sturen 'm niet terug.”(W3)

In enkele huisartspraktijken is een aantal van deze ouderen op verzoek van de huisarts toch door de casemanager bezocht. Deze ouderen krijgen niet de officiële zorg volgens het SamenOud-model maar tijdens de bijeenkomst van het Ouderenzorg Team licht de casemanager kort de bevindingen van het huisbezoek toe zodat de huisarts wel op de hoogte is.

Naast de non-respons geven de casemanagers ook aan dat de vragenlijst door de ouderen niet altijd correct is ingevuld. Bij sommige ouderen is de vragenlijst ingevuld door een van de kinderen die de situatie van de oudere bijna altijd ernstiger blijken in te schatten dan de oudere zelf. Hierdoor komt de profielindeling niet altijd overeen met de werkelijkheid.

“[...] dan komen soms de uitkomsten wat zwaarder als de mantelzorger of een familielid de vragenlijst invult. Dat is wel gebeurd volgens mij, ja. Ik ben wel een aantal situaties tegengekomen waarbij ik denk [...] volgens mij is iemand wat zwaarder, hoe zeg je dat, kwetsbaarder uit de vragenlijst naar voren gekomen dan dat hij dat zelf vindt. Mensen zijn toch soms zelf geneigd wat meer te accepteren. [...] de kinderen die willen nog van alles, die vinden dat er nog iets verbeterd moet worden.” (W4)

Motivatie deelname aan SamenOud

Volgens de casemanagers is het niet vanzelfsprekend dat ouderen gemotiveerd zijn om aan SamenOud deel te nemen als ze voor het eerst op huisbezoek komen. Sommige ouderen moeten overtuigd worden om mee te gaan doen aan SamenOud. Mogelijk heeft dit te maken met de verwachtingen die ouderen hebben. Volgens de casemanagers heeft een bepaalde groep het idee dat ze 'klaar' zijn nadat ze de vragenlijst hebben ingevuld. Ze waren zich misschien niet bewust dat meedoen aan SamenOud ook betekent dat ze een casemanager op bezoek krijgen:

“[...] ouderen zijn moeilijk te bewegen om mee te doen [...]. Ze hebben die vragenlijst ingevuld, nou, en dan is het voor hun al een beetje: 'Nou, klaar'. En dan kom jij aan: 'Ja, ik kom toch een keer langs', 'Oh'. Nou ja, en als je dan een beetje uitlegt van goh, hier zijn we mee bezig dan heb je een soort goodwill.” (O2)

Box 6: Achtergrondgegevens ouderen

De deelnemende ouderen zijn woonachtig in de Oost-Groningen en lijken gewend geraakt te zijn aan de servicegerichte houding van de lokale overheid en zorginstanties. Mogelijk zijn de ouderen hierdoor minder geneigd eigen verantwoordelijkheid te nemen en zelf de regie te voeren bij gezondheidsproblemen. Ouderen als de casemanagers lijken te moeten wennen aan de andere benadering van SamenOud die juist hun eigen regie en initiatief stimuleert. Volgens de casemanagers is er een groep ouderen die wel tot de doelgroep van SamenOud behoort, en ook behoefte aan deze extra zorg heeft, maar uiteindelijk niet meedoet omdat ze de vragenlijst niet hebben ingevuld. De casemanagers zouden deze ouderen ook graag willen bezoeken.

Bij het eerste huisbezoek van de casemanager is het voor ouderen niet altijd duidelijk dat ze meedoen aan SamenOud en dat ze zorg en begeleiding kunnen krijgen van een casemanager. Casemanagers hebben letterlijk iets uit te leggen over SamenOud bij de eerste kennismaking.

2.2.2 Visie van de casemanager op de relatie met ouderen

De casemanagers benoemen een aantal zaken die kenmerkend zijn voor de relatie tussen de oudere en de casemanager.

Kennismaking

Het eerste contact met de ouderen vindt telefonisch plaats. De meeste casemanagers introduceren zich dan als wijkverpleegkundige of ouderenadviseur die namens de huisarts en naar aanleiding van SamenOud op huisbezoek wil komen. Ze noemen bewust de huisarts omdat dit een legitimatie biedt voor het huisbezoek. Volgens de casemanagers stellen de ouderen het erg op prijs dat ze namens de huisarts komen.

Het is opvallend dat de ouderen tijdens het huisbezoek goed van vertrouwen zijn en de casemanager ook zonder legitimatie binnen laten. Soms zijn er ook kinderen aanwezig bij het eerste huisbezoek, maar meestal hebben de casemanagers weinig contact met de kinderen van de ouderen die ze begeleiden.

Ter voorbereiding op het huisbezoek kijken sommige wijkverpleegkundigen in het huisarts informatie systeem (HIS) om zich een beeld te vormen van de medische geschiedenis van een oudere. Een aantal doet dit ook bewust niet om onbevooroordeeld op bezoek te kunnen gaan. Eén wijkverpleegkundige geeft hierbij aan dat het haar is opgevallen dat ouderen vaak niet goed kunnen vertellen wat hen mankeert. Ze weten vaak ook niet precies wat een huisarts heeft verteld en wat de consequenties van een aandoening kunnen zijn. Op dit gebied kan een casemanager volgens haar een belangrijke rol vervullen om de ouderen het een en ander uit te leggen.

Omgaan met verwachtingen van de oudere

Om de verwachtingen van ouderen ten aanzien van SamenOud goed te managen geven enkele casemanagers aan dat ze tijdens het kennismakingsgesprek heel goed uitleggen wat SamenOud inhoudt. Dit is belangrijk om teleurstellingen van de ouderen in de geboden zorg te vermijden. Dat dit soms toch gebeurt, blijkt uit volgend citaat:

"[...] bij het begin van het hele project ben ik vergeten om goed uit te leggen hoe dit project eruit ging zien. Maar misschien dat ik het zelf ook nog niet zo heel goed wist, dat er ook weer een eind aan zit. We hebben natuurlijk verteld van de nieuwe zorg [...] en het hele verhaal er omheen. Nou, maar daarin niet ook tegelijkertijd aangegeven wat nou eigenlijk het doel is, dat je iemand weer zelfstandiger maakt, meer eigen regie en dat je 'm dan natuurlijk ook op een gegeven moment weer gaat loslaten. En waar ik tegenaan loop is dat een heel aantal mensen ja, het eigenlijk heel fijn vindt dat ik kom. Maar ja, er niet genoeg bij stilstaan dat ik ook weer wegga."
(W4)

Box 7: Visie van de casemanager op de relatie met ouderen

Tijdens de kennismaking introduceren de casemanagers zich bewust als professional die namens de huisarts op bezoek komt, omdat dit het vertrouwen van de oudere vergroot. Het is opvallend dat de ouderen al tijdens het eerste huisbezoek goed van vertrouwen zijn en de casemanager ook zonder legitimatie binnen laten.

Om de verwachtingen van de ouderen te managen leggen enkele casemanager aan het begin duidelijk uit wat het doel en de opzet van SamenOud is. Dit om teleurstellingen bij de afronding van de begeleiding te voorkomen.

2.3 Zorg- en begeleidingsproces

Belangrijk binnen SamenOud zijn de verschillende stappen in het zorg- en begeleidingsproces van anamnese tot en met de evaluatie en uiteindelijk de overgang van de ouderen naar een ander profiel. Hieronder volgt een beschrijving van deze verschillende stappen en het hulpmiddel dat bij deze stappen wordt gebruikt, het EOD.

2.3.1 Anamnese en zorgleefplan

De meeste casemanagers vinden de anamnese en het zorgleefplan een goed middel om op een gestructureerde manier een volledig beeld te krijgen van de problemen en de stand van zaken van de oudere. Een aantal casemanagers heeft echter wel moeite gehad om met het systeem te leren werken. Hoewel het vastleggen van alle acties in het EOD een taak is van de casemanager en de nodige tijd kost, zien de casemanagers er wel het nut van in omdat deze gegevens noodzakelijk zijn om de oudere goed te kunnen volgen.

“Het is een goed systeem, het houdt je bij de les. Vooral als er een vordering te bespeuren is, [...] het structureert goed.” (O5)

Zo geeft één van de casemanagers aan dat ze bij de overdracht van een oudere erg blij was dat de andere casemanager het EOD volledig had ingevuld. Hierdoor verliep de overdracht heel soepel. Een andere toepassing van het EOD is om ook aan de oudere te laten zien wat het resultaat is van het invullen van de vragenlijst.

Anamnese

Volgens de casemanagers is de anamnese lang en bevat deze veel onderwerpen, waardoor het afnemen van de anamnese veel tijd kost. Een enkeling is in staat de anamnese in één huisbezoek af te nemen, maar de meeste casemanagers nemen er twee, en soms zelfs meer dan twee, huisbezoeken de tijd voor. Het blijkt dat de meeste ouderen nog niet alle informatie tijdens het eerste bezoek naar voren brengen, zoals bijvoorbeeld het geval is bij erg persoonlijke onderwerpen. Meestal moet een casemanager eerst het vertrouwen opbouwen en dat kost tijd. Een aantal casemanagers vertellen dat ze na verloop van tijd de anamnese verder hebben aangevuld. Er zijn verschillen in de praktische uitvoering van de anamnese. Sommige casemanagers laten een oudere vrijuit vertellen, terwijl anderen een meer strakke structuur van vragen stellen hanteren om de anamnese binnen 1,5 à 2 uur af te ronden.

“Eerst kennismaken, eerst de sfeer aanvoelen. Ik heb wat dat betreft mijn eisen bijgesteld, dat ik 't [de anamnese] tijdens het eerste gesprek erdoor moet jassen. Ik heb nu een soort mix die ik zelf prettig vind, waarbij ik de mensen echt goed de ruimte laat. Dat is ook een investering. En daarna komt het vervolgesprek.” (O5)

“Ik merk dat je de informatie vaak later krijgt. Niet elke oudere is ervan gediend om gelijk alles op tafel te gooien. De vragenlijst van de anamnese is zeer uitgebreid, kost ook veel tijd. En het maken van keuzes rondom de scores van zorgproblemen, dat levert wel problemen op. Het vraagt wel wat van mij als casemanager. In het begin was ik daar heel erg strikt in dat ik het liefst in het eerste gesprek alles duidelijk wou hebben, maar goed, ik weet ondertussen dat dat niet kan. Ik zal altijd aanvulling krijgen vanuit de oudere omdat 't vertrouwen er gewoon moet komen.” (W2)

De meeste casemanagers vinden dat de anamnese de ouderen uitnodigt om uitgebreid over allerlei onderwerpen te vertellen. Een enkeling vindt deze manier van registreren te uitgebreid, maar de meesten hebben gemerkt dat het veel inzicht oplevert in de situatie van de oudere en dat het een goede basis vormt voor het vervolg van het zorgproces. De meeste casemanagers ervaren de vaste werkwijze en structuur als prettig.

Volgens de casemanagers is de anamnese zeer compleet, al worden wel enkele onderwerpen gemist zoals slapen, sociale activiteiten, bestaande zorgverlening en huisvesting. Wat de opbouw van de anamnese betreft vinden de casemanagers het onprettig dat ze moeten starten met het onderwerp 'stemming en geheugen'. Ze zouden graag beginnen met een minder bedreigend gespreksonderwerp. Volgens één van de casemanagers staat het onderwerp 'familie en vrienden' op twee verschillende manieren in de anamnese. En een andere casemanager vindt het onderwerp 'financiën' een lastig onderwerp om vragen over te stellen omdat daar naar haar mening toch een taboe op rust.

"Ik vind de volgorde een beetje vervelend, dat je begint met geheugen en stemming. De eerste vraag is: 'Merkt u wel eens dat u wat vergeetachtig bent?'. Dan denk ik, vind ik niet zo'n leuke vraag om mee te beginnen, nee. Ik zou meer met de persoonlijke verzorging dan beginnen. Zo van nou, 'Redt u zich een beetje met wassen, kleden.' [...] ik begin ook eigenlijk nooit met geheugen en stemming." (W5)

"[...] als jij direct met een anamnese gaat beginnen en je begint dan met ziektebeelden, gaan ze al denken dat jij een dokter bent of een wijkverpleegkundige. Dus je benoemt ook heel nadrukkelijk de functie die je daar invult en wat je voor de mensen eventueel kan betekenen. [...] dan stel ik voor om samen de anamnese te gaan invullen. [...] je begint eigenlijk met al die ziektebeelden, maar eigenlijk zou je moeten beginnen van 'Heeft u kinderen?', 'Hebt u broers en zussen?' of 'Hoe zijn uw contacten?'. Dus dat je op een iets andere manier die anamnese gaat invullen, andere volgorde." (O4)

De casemanagers hebben een duidelijke mening over de toepasbaarheid van de anamnese bij de ouderen. Tijdens het anamnesegesprek wordt aan ouderen gevraagd een ernstscore te geven aan een probleem. De onderwerpen uit de anamnese waarop hoog gescoord wordt – en waar de oudere iets aan wil doen – komen vervolgens in het zorgleefplan te staan. Binnen het zorgleefplan geven de ouderen een doelscore aan het probleem waar ze op uit willen komen en de haalbaarheid daarvan, door middel van een haalbaarheidsscore. Volgens de casemanagers is het voor veel ouderen heel moeilijk om scores te geven aan problemen die ze hebben. Nog moeilijker is het voor ze om de haalbaarheid van het oplossen van een probleem in te schatten. Daarnaast vinden ouderen het moeilijk dat ze niet de 'rapportcijfermethode' mogen toepassen, maar juist het omgekeerde: een hoge score is in dit systeem niet een positieve score, maar juist een negatieve score, een groot probleem. Het kost de casemanagers moeite om deze systematiek uit te leggen en het consequent voor alle onderwerpen uit te werken met de oudere.

"[...] die vinden het cijfer geven heel erg lastig, vinden ze heel moeilijk. Er zijn soms mensen die het echt helemaal niet snappen [...], die vatte dat echt niet met een cijfer, die kon daar niks mee. Die snapte niet wat daar de bedoeling van was." (O1)

"Alleen het scoren, dat vinden ze een ramp. Dat vind ik zelf ook. [...] Een nul zou je zeggen dat is nul, dat is slecht. Nee, nul is goed (lacht) en tien is slecht, dus dat is al verwarrend voor ouderen. En dat scoren vinden ze denk 'k ja, wat moet ik nou scoren, het zegt ouderen niet zoveel.'" (O3)

Om het scoren iets gemakkelijker te maken kunnen de casemanagers gebruik maken van een liniaaltje met daarop smileys die een score vertegenwoordigen. Sommige casemanagers werken graag met dit hulpmiddel, anderen hebben het gevoel dat ze de ouderen juist betuttelen door dit te gebruiken.

“Ik laat de mensen het schuifje zien, ja, ik blijf het gepriegel vinden. Een groot deel van mijn mensen die vinden het gewoon echt heel lastig om daaraan een cijfer te verbinden, echt heel lastig. En werken met het schuifje vinden ze lastig. Dan zitten ze mij aan te kijken van ja: ‘Wat moet ik doen?’. Weet je voor mensen is het een probleem om een gradatie aan te geven, dat vinden ze moeilijk.” (W3)

“En dan vind ik dat meetlatje, neem ik dan altijd mee [...] en nou gaat het veel sneller.” (O3)

Zorgleefplan

Een aantal casemanagers vinden het zorgleefplan onoverzichtelijk omdat alle onderwerpen apart worden weergegeven en het hierdoor een gefragmenteerd beeld geeft van de situatie van de oudere. In de praktijk hangen onderwerpen met elkaar samen en dat kunnen ze niet goed kwijt in de structuur van het zorgleefplan. Eén van de casemanagers geeft aan dat ze graag een bepaald probleem op één plek in het EOD wil beschrijven, in samenhang met andere onderwerpen. Een andere opmerking bij het zorgleefplan is om de doelen niet slechts in cijfers weer te geven maar juist met woorden te beschrijven.

De meeste casemanagers gebruiken de structuur van de anamnese en het zorgleefplan om de situatie en/of de zorgvraag van een oudere tijdens het Ouderenzorg Team overleg te bespreken. Een aantal casemanagers geven aan het jammer te vinden dat de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde hun informatie niet in het zorgleefplan opnemen. Op dit moment wordt het EOD alleen door de casemanagers ingevuld.

Box 8: Anamnese en zorgleefplan

De meeste casemanagers vinden de anamnese en het zorgleefplan een goed middel om op een gestructureerde manier een volledig beeld te krijgen van de problemen en de stand van zaken van de oudere; het vormt een goede basis voor het vervolg van het zorgproces. Het blijkt dat de meeste ouderen tijdens het eerste huisbezoek nog niet alle informatie naar voren brengen, zoals erg persoonlijke onderwerpen. Meestal moet een casemanager eerst het vertrouwen opbouwen en dat kost tijd. Men zou graag de anamnese beginnen met een minder bedreigend gespreksonderwerp.

De ouderen vinden de scoremethodiek moeilijk omdat het werkt met de omgekeerde ‘rapportcijfermethode’: een hoog cijfer is een negatieve score (een groot probleem). Het kost de casemanagers veel tijd om deze methode aan de ouderen uit te leggen en om er mee te werken. Een aantal casemanagers geven aan het jammer te vinden dat de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde hun informatie niet in het zorgleefplan opnemen.

2.3.2 Elektronisch Ouderen Dossier (EOD)

De meeste casemanagers vinden het EOD een handig en overzichtelijk systeem waar ze graag mee werken. Men heeft ervaren dat gedurende het interventiejaar het systeem voortdurend is aangepast en verbeterd. De basis van het EOD is goed en er staat handige informatie in, al hadden enkele casemanagers veel moeite om het EOD zich eigen te maken. In het openingsscherm van het EOD wordt bij iedere inlog een nieuwe tip, weetje, aandachtspunt of mooie spreuk genoemd. Dat wordt als een mooie toevoeging benoemd. Eén van de casemanagers verwoordt het EOD als volgt:

‘Het is een super systeem om te gebruiken, [...] zouden we in de gewone zorg ook moeten doen. Nou, het is wel ideaal natuurlijk dat je vanaf elke locatie waar je maar bent gewoon de gegevens van een cliënt kunt opzoeken en ook weer kan bijwerken. Ja, dat vind ik wel heel handig, dat ‘t geen boekwerkje hoeft te zijn. (W4)

“En dat mag je ook best een beetje in leeftijden denken. Ik denk dat jongere collega's daar [het EOD] best vlotter mee uit de voeten kunnen.” (O5)

Sommige casemanagers gebruiken een laptop, anderen een Chromebook om in het EOD te kunnen werken bij de ouderen thuis en tijdens de Ouderenzorg Team overleggen. Het Chromebook werkt over het algemeen prima, al missen enkelen een Officepakket waardoor ze ook kunnen mailen vanuit Outlook en met Excel kunnen werken. Een aantal lijsten met gegevens van de ouderen worden door het projectteam namelijk in Excel aangeleverd.

Vrijwel alle casemanagers geven aan dat de laptops vooral tijdens de eerste periode van het onderzoeksproject vaak problemen hadden met het opstarten en het opslaan van gegevens. Op dit moment is dat voor een aantal laptops verbeterd, maar de problemen zijn nog niet helemaal opgelost. Daarnaast is het op een aantal locaties niet mogelijk een internetverbinding te krijgen waardoor het bijwerken van het EOD pas achteraf plaats vindt en dat kost de casemanager meer tijd. Overigens doen enkele casemanagers dit soms ook bewust om tijdens het gesprek beter op de oudere te kunnen letten en niet door een beeldscherm te worden afgeschermd en afgeleid. De casemanagers geven bovendien aan dat de laptop erg traag is waardoor het soms lang duurt om van de ene pagina naar de andere te gaan. Dit geeft irritaties.

“Ik wil heel graag een laptop of een tablet die het altijd doet. En niet aan en uit springt, want 't is gewoon heel knullig als je in een OT zit namens je organisatie [...] en dat ding gaat steeds maar aan en maar uit. Dan moet je steeds weer opstarten en dan ben je het hele verhaal weer kwijt. Het leidt zo af.” (W1).

Enkele casemanagers geven aan dat ze de laptop als een belemmering ervaren tijdens het gesprek met de oudere. Zeker als het gesprek over een lastig of zwaar onderwerp gaat. Nadat de anamnese compleet is ingevuld wordt daarom de laptop of het Chromebook niet meer meegenomen tijdens de vervolghuisbezoeken.

“Heb ik toch op een gegeven moment ook vaak voor gekozen om niet de laptop mee te nemen en gewoon vooraf in het EOD te kijken en ook achteraf in het EOD weer bij te werken. Ik vind 'm wel belemmerend in een gesprek. Ik vind als jij een laptop op schoot hebt en je zit, je bent in gesprek met iemand, ik vind 'm toch een soort van belemmering. Dat hangt een beetje van de cliënt af, maar als jij ook cliënten hebt die waar het moeilijk is om een gesprek te hebben of om je informatie te krijgen die je graag wilt hebben, en je zit tussendoor op dat ding te tikken, ik vind het niet altijd prettig.” (W4)

Enkele casemanagers zouden graag de ouderen meer willen betrekken in het EOD. Het zou bijvoorbeeld mooi zijn als een oudere of een mantelzorger ook iets in het EOD kan noteren.

Het zou ook handig zijn als het EOD en het HIS aan elkaar gekoppeld zouden zijn, omdat gegevens dan gemakkelijker uit te wisselen zijn en het een compleet overzicht voor de huisarts oplevert.

“[...] en een EOD openen en een HIS openen, dat doet een huisarts gewoon niet. Dat is ook niet realistisch, dat moet eigenlijk samengevoegd worden. En dan heb je alle informatie gewoon echt goed op één plek.” (W3)

Verbeterpunten voor het EOD

Ten aanzien van het EOD noemen de casemanagers een aantal praktische verbeterpunten:

- In de anamnese staan de problemen van de oudere vanuit diverse aandachtsgebieden. Door deze indeling kan op diverse plekken binnen de anamnese precies dezelfde informatie staan. Men zou graag zien dat problemen en aandachtsgebieden gemakkelijker te koppelen zijn.
- Nadat de casemanager de anamnese heeft ingevuld sluit de anamnese bij het opslaan automatisch af. Dit wordt als zeer onhandig ervaren omdat ze vaak daarna ook op een andere plaats in het EOD nog iets willen noteren.

- Een aantal casemanagers ervaren het switchen tussen de onderdelen en onderwerpen binnen het EOD als omslachtig. Als een oudere over een bepaald onderwerp iets vertelt, is het niet eenvoudig om het op een andere plek in het EOD te noteren.
- Er is niet één vaste plek in het EOD waar de medicatie van een oudere overzichtelijk genoteerd kan worden. Ze noteren dat nu in het logboek, maar een logische, overzichtelijke plek met een link naar de bijbehorende problemen zou een verbetering zijn.
- Ook voor medische diagnoses, familieverhoudingen en een overzicht van de (mantel)zorg die een oudere ontvangt is het wenselijk een overzichtelijke plek in het EOD te creëren.
- In het vakje van de streefdatum van een doelscore staat standaard de huidige invuldatum aangegeven. Doordat het vakje voor ingevuld is, vergeten casemanagers gemakkelijk om de doelscore te noteren.
- Het is wenselijk dat zonder veel extra handelingen een overzicht gemaakt kan worden van ouderen met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld een selectie van alle ouderen die in een bepaalde maand 75 jaar worden of bijvoorbeeld ouderen met dezelfde postcode. Nu kost dat veel tijd omdat het om een handmatige handeling gaat.
- In het begin werd het 'Forum' binnen het EOD regelmatig gelezen, maar er staat de laatste tijd niet vaak iets nieuws op. Casemanagers weten niet of het Forum weg kan of dat er een manier is waarop er vaker nieuwe zaken op het Forum worden geplaatst.

Box 9: Elektronisch Ouderen Dossier (EOD)

De casemanagers zijn over het algemeen tevreden met het EOD. Gedurende het interventiejaar is het systeem voortdurend aangepast en verbeterd. De casemanagers noemen een aantal praktische verbeterpunten voor het EOD. Het Chromebook werkt over het algemeen prima, al missen enkelen een Officepakket. Het zou ook handig zijn als het EOD en het HIS aan elkaar gekoppeld zouden zijn, omdat gegevens dan gemakkelijker uit te wisselen zijn en het een compleet overzicht voor de huisarts oplevert. Bij 'lastige' onderwerpen wordt de laptop soms als een belemmering ervaren tijdens het gesprek met de oudere.

2.3.3 Huisbezoeken en contact houden

Nadat het zorgleefplan is gemaakt volgt een periode waarin de casemanager de oudere regelmatig bezoekt en contact houdt met de oudere.

Frequentie

Bij de start van SamenOud is een structuur afgesproken waarin een wijkverpleegkundige elke twee weken de oudere met profiel Complexe zorgbehoeften bezoekt en de ouderenadviseur elke maand de ouderen met profiel Kwetsbaar. In de praktijk is gebleken dat deze norm voor de wijkverpleegkundigen vaak niet haalbaar is binnen de uren die vanuit de organisatie beschikbaar zijn voor het uitvoeren van deze huisbezoeken. De ervaring van de casemanagers heeft geleerd dat deze bezoekfrequentie ook niet altijd nodig is. Gemiddeld genomen gaan de casemanagers één keer per maand op huisbezoek. Als de anamnese niet tijdens één huisbezoek kan worden afgerond, gaan de meeste casemanagers binnen twee weken weer op bezoek om de anamnese alsnog af te ronden. Enkele wijkverpleegkundigen geven aan het lastig te vinden dat ze zich niet hebben kunnen houden aan de voorgeschreven bezoekfrequentie. Ze willen hier graag aan voldoen, niet alleen omdat ze weten dat het in het belang van het onderzoek is maar omdat ze ook het gevoel hebben dat ze de ouderen soms te kort doen. Dit heeft bij enkele wijkverpleegkundigen, zeker in de beginfase van SamenOud, stress opgeleverd.

In de beginfase lag de frequentie van de huisbezoeken iets hoger dan in de latere fase van het interventiejaar omdat de meeste casemanagers de frequentie konden afbouwen. Dit afbouwen heeft in overleg met de oudere en de huisarts plaatsgevonden, rekening houdend met de situatie en de zorgbehoefte van de oudere. Sommige casemanagers spreken ook wel van 'laag frequente' bezoeken bij ouderen die in een stabiele situatie verkeren, maar waar men wel de ouderen wil blijven volgen. Meestal gaat het dan om een bezoekfrequentie van één keer in de drie maanden. Overigens

neemt een aantal casemanagers ook tussendoor telefonisch contact op met ouderen, enerzijds om contact te houden (2-9-10) en anderzijds ook ter vervanging van het huisbezoek om tijd te besparen.

“Nou, dokter X [naam huisarts] staat er heel positief in, die vindt SamenOud echt een meerwaarde. En dan was 't ook zo mooi. Dan had ik eigenlijk cliënten dat ik dacht van, nou: 'Die kunnen echt wel naar de zelfmanagement hoor'. [...] Toen zei hij: 'Nee, dan moet je nog wel laagfrequent blijven bezoeken'. Ik zei: 'Wat is dan laagfrequent?'. Nou, dan was 't één keer in het half jaar. Dan denk ik: 'Dat zet ook niet zoveel zoden aan de dijk', en dan kan er zoveel gebeuren in de tussentijd. Dus dan bel ik tussendoor maar eventjes.” (W6)

Contact en bereikbaarheid

De casemanagers vinden het belangrijk dat de band met de ouderen dusdanig goed is dat ouderen daadwerkelijk contact met de casemanager opnemen wanneer dit nodig is. Hiervoor is een goede vertrouwensband van belang. Juist in de periode dat het contact tussen de oudere en de casemanager minder frequent is kan dit de doorslag geven dat een oudere inderdaad op tijd ‘aan de bel trekt’ wanneer er een hulpvraag is.

“Dat ze je wel weten te vinden. Dat ze gemakkelijk contact opnemen.” (W3)

“Mensen moeten weten dat ze met hun hulpvraag waar dan ook terecht kunnen en dat ze serieus genomen worden en dat er gekeken wordt naar wat we kunnen betekenen.” (O3)

De casemanagers geven aan dat ze de ouderen nadrukkelijk vertellen dat ze altijd mogen bellen. Zij hebben immers meer tijd dan een huisarts en zijn ook laagdrempeliger dan de huisarts. Enkele casemanagers hebben de ervaring dat ouderen hen ook 's avonds of in het weekend bellen. Eén van de casemanagers is van mening dat het wellicht nodig is om na te denken over een 24-uurs bereikbaarheid voor casemanagers.

“Als je het met heel veel casemanagers gaat doen denk ik wel dat het voor de ouderen ook wel fijn is dat je ook buiten kantooruren te bereiken bent.” (W1)

Effect huisbezoek

Volgens de casemanagers vinden de ouderen de aandacht die ze tijdens een huisbezoek krijgen belangrijk. Als casemanagers gevraagd wordt naar het effect van de huisbezoeken op de ouderen dan volgen een aantal voorbeelden van zichtbare effecten. Ouderen krijgen bijvoorbeeld energie, ‘een boost’, van de gesprekken met de casemanager. Een casemanager vertelt over een oudere die zich door haar bezoeken en acties sterker voelt en meer zin in het leven heeft. Deze oudere heeft meer houvast in zijn leven omdat hij handvatten heeft gekregen om dingen te ondernemen:

“En die gaf ook aan van, doordat, nou ja, doordat ik nu geweest ben als casemanager daar, voelde die zich sterker. Hij had weer meer houvast in het leven omdat hij weer meer handvatten kreeg om weer zin in het leven te krijgen en om dingen te ondernemen. En als ik dat dan hoor, dan is dat toch mijn uiteindelijke doel, dan moet ik echt wel glunderen.” (W2)

“Met als resultaat dat je aan de oudere ziet dat ze het fijn vinden dat ze eindelijk een keer gehoord worden. Je krijgt het ook terug dat ze zeggen: 'Goh, wat fijn dat je er zoveel tijd in steekt'. En nou, dat je dan ziet ook dat zo'n cliënt gaandeweg het proces ook groeit, dat ze meer in hun eigen kracht komen te staan.” (O4)

Box 10: Huisbezoeken en contact houden

Om een vertrouwensrelatie met ouderen op te bouwen is het belangrijk dat de casemanager, vooral in het begin, regelmatig op huisbezoek gaat. Vooral in de fase van de anamnese en het opstellen en bespreken van het zorgleefplan is het van groot belang om de tijd te nemen en aandacht te hebben voor het verhaal van de oudere. In een latere fase overleggen de casemanagers met de oudere welke frequentie van huisbezoeken noodzakelijk is. Soms is telefonisch contact voldoende. In de praktijk is gebleken dat de norm om elke twee weken op huisbezoek te gaan voor de wijkverpleegkundigen vaak niet haalbaar is binnen de uren die vanuit de organisatie beschikbaar zijn voor het uitvoeren van deze huisbezoeken. De ervaring van de casemanagers heeft geleerd dat deze bezoekfrequentie ook niet altijd nodig is. In de beginfase lag de frequentie van de huisbezoeken iets hoger dan in de latere fase van het interventiejaar, omdat de meeste casemanagers de frequentie konden afbouwen. De casemanagers vinden het belangrijk dat de band met de ouderen dusdanig goed is dat ouderen daadwerkelijk contact met de casemanager opnemen wanneer dit nodig is. De huisbezoeken hebben vaak een positief effect op de oudere: ze krijgen energie van een huisbezoek van de casemanager.

2.3.4 Evaluatie

De meeste casemanagers vinden het evalueren van de geboden zorg een logisch onderdeel van een huisbezoek en stellen daarom regelmatig evaluatievragen. De evaluatie aan het einde van het interventiejaar is echter niet voor iedereen even vanzelfsprekend. Tijdens deze evaluatie is het de bedoeling dat de casemanager de doelscores uit het zorgleefplan met de oudere bespreekt en de oudere een score geeft voor de huidige situatie. De casemanagers geven aan dat ouderen het lastig vinden om dit op deze wijze te scoren. Het volgende citaat geeft weer hoe één van de casemanagers de evaluatie heeft aangepakt en tegen welk probleem ze vervolgens aanliep:

“Nou, op zich was dat [de evaluatie] prima te doen. Ik heb wel zelf de anamneses van het begin erbij gebruikt. Die heb ik er wel naast gelegd [...] want mensen wisten soms helemaal niet meer wat ze vorig jaar gezegd hadden of gescoord hadden. Dat heb ik er dan wel bij verteld soms, van goh, 'toen speelde dit of dat'. Dat zijn ze dan zelf gewoon ook alweer kwijt [...]. Dus dat heb ik er wel bij gebruikt om dan een vergelijking te kunnen maken, hoe is het dan nu [...]. Maar ik heb dan toch de score uiteindelijk meer in woorden gedaan die dan ook wel onder de cijfers stonden. En dan heb ik gevraagd of een cliënt kon aangeven: 'Is een probleem heel ernstig of is het matig' [...]. En dan heb ik gezegd: 'Matig zou dan een vier of een vijf kunnen zijn'. Nou dan uiteindelijk kon iemand dan bijvoorbeeld een cijfer geven. [...] dat vonden mensen toch lastig.” (W4)

Eén van de casemanagers geeft een voorbeeld van een grote verandering van de beleving van de eigen problemen waardoor er een groot verschil was tussen de anamnesescore en evaluatiescore:

“Door de ontdekking van een ernstige ziekte bij hun zoon hebben ze als het ware hun interne standaard, aan de hand waarvan ze hun score hebben gegeven, aangepast en vinden ze bij de evaluatie hun eigen problemen niet meer zo belangrijk.” (W2)

Een enkeling geeft aan dat de evaluatie van meerwaarde is geweest voor de oudere en voor henzelf, omdat het een duidelijk inzicht biedt in wat er binnen een jaar is bereikt en het tevens de gelegenheid geeft weer nieuwe doelen te stellen.

“Maar ik heb daar echt de meerwaarde van gezien en ook naar mensen toe. [...] Goh, vorig jaar zei u dit en nu zegt u dat. Hee, gaat een stuk beter. En nou ja, ook [...] dat het dan hetzelfde is gebleven, maar wel stabiel [...]. Ja, je kan nieuwe doelen maken, maar ook, ja je komt tot andere inzichten.” (O2)

Box 11: Evaluatie

De casemanagers evalueren de zorg en begeleiding regelmatig met de ouderen: het is een vast onderdeel van het begeleidingsproces.

2.3.5 Overgang naar een ander profiel

Als de situatie rondom een oudere is verbeterd, en er geen doelen meer in het zorgleefplan staan, dan kan dat bijvoorbeeld betekenen dat casemanagement niet langer nodig is en een oudere overgezet kan worden naar het profiel 'Robuust'. Na een afsluitend gesprek met de casemanager gaat de oudere naar het profiel 'Robuust' met de afspraak en toezegging dat hij/zij altijd de casemanager kan bellen als dit nodig is. De casemanagers bekijken dan wel of de oudere een goed sociaal netwerk met familie en/of mantelzorg heeft. Er is echter ook een groep ouderen in een stabiele situatie waarbij de casemanager deze ouderen toch wil blijven volgen. Eén van de casemanagers zou graag deze ouderen af en toe preventief (30 minuten à 1 uur) willen bezoeken.

Sommige casemanagers hebben moeite om een oudere over te laten gaan naar een ander profiel wanneer een oudere aangeeft dit zelf niet te willen. Andere casemanagers maken hierover aan het begin al duidelijke afspraken met een oudere. Eén van de casemanagers geeft bijvoorbeeld aan dat ze bewust uitlegt dat het doel van de bezoeken uiteindelijk is dat een casemanager weer afscheid neemt en dat de oudere weer zelfredzaam is.

Box 12: Overgang naar ander profiel

Samen met het Ouderenzorg Team heeft men gezocht naar criteria om een ouder te laten overgaan naar een ander profiel. Uit dit onderzoek komen een aantal criteria naar voren:

- de ouderen is zelfredzaam;
- de ouderen heeft een goed sociaal netwerk met familie en/of mantelzorg;
- de oudere heeft geen doelen meer in het zorgleefplan.

2.4 Casemanager als partner in de zorg

2.4.1 Ouderenzorg Team

In onderstaande paragraaf volgt de beschrijving van de ervaringen van de casemanagers binnen het Ouderenzorg Team en de meningen over de samenwerking binnen het team. Er zijn vijftien Ouderenzorg Teams die elk onder leiding staan van een huisarts. Naast de huisarts bestaat het team uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een ouderenadviseur. Het team komt in principe eenmaal in de maand bij elkaar voor overleg in de betreffende huisartspraktijk. Gemiddeld genomen duurt het overleg één uur. Tijdens het eerste jaar was ook een projectleider van SamenOud bij de overleggen aanwezig. Ter voorbereiding geven de casemanagers in het EOD aan welke ouderen ze willen bespreken.

Visie op het Ouderenzorg Team

De ervaringen van de casemanagers met de Ouderenzorg Teams zijn divers. Over het algemeen zijn ze tevreden over de samenwerking in de Ouderenzorg Teams en zien ze de meerwaarde ervan. Sommige casemanagers geven aan dat het overleg binnen hun Ouderenzorg Team niet altijd even soepel verloopt en soms chaotisch is. Als de casemanagers wordt gevraagd wat een jaar SamenOud hun heeft opgeleverd geven ze het volgende aan:

"In een klein team kan goed structureel, concreet goed gewerkt worden. En dat zet ik af tegen m'n andere werk waar wij 'sociaal teams' hebben, nieuwe werken, we worden rotgetraind in allerlei structuren, allerlei teams en dan denk ik 'Het kan zo simpel, kijk maar naar SamenOud', dat heeft het mij opgeleverd. Het was voor mij een

verademing, we hebben structureel gewoon maandelijks overleg met elkaar [...] en ik vind het heel positief dat de huisarts is betrokken, je zit met een team te kijken naar een situatie. En dat vind ik gewoon heel positief.” (O3)

“[...] het deel uitmaken van het Ouderenzorg Team, dus kunnen rekenen op regelmatig overleg juist met de medische kant. Als je ouderenadviseur (reguliere functie) bent dan [...] weet je de huisarts ook te vinden, maar er is geen structureel overleg met een huisarts.” (O5)

Tijdens één van de terugkomdagen hebben de casemanagers met enkele huisartsen de samenwerking binnen het Ouderenzorg Team geëvalueerd door met elkaar de gang van zaken te bespreken en verwachtingen naar elkaar uit te spreken. De casemanagers hebben dit als zeer positief ervaren en zouden het graag met alle huisartsen inplannen:

“Wat ik met name gemerkt heb tijdens de laatste nascholingsdag, toen hebben wij ook met dokter Y [naam huisarts] om tafel gezeten. Hebben we toch nog wat opener gesproken, ook wat onze verwachtingen waren, dat was wel heel erg prettig want je merkt dat er dan ook een open sfeer is weer. En het jammere was dat alleen dokter Y [naam huisarts] aanwezig was want bij dokter Z [naam huisarts] was dat ook wel heel erg prettig geweest.” (W2)

Eén van de casemanagers stelt voor om vaker informeel contact te hebben met de leden van het Ouderenzorg Team, zodat er een nog betere vertrouwensband, afstemming en samenwerking kan ontstaan.

Samenwerking met huisarts

Over de samenwerking met de huisarts zijn de meeste casemanagers positief. Door SamenOud hebben ze elkaar leren kennen en kan de casemanager gemakkelijker vragen en problemen van ouderen met de huisarts bespreken. Daarbij benoemen enkele casemanagers dat de huisarts verantwoordelijk is voor de medische aspecten en de casemanager verantwoordelijk is voor de situatie op het gebied van wonen, welzijn en zorg. De afstemming en mogelijkheid tot overleg ervaren de casemanagers als de grote meerwaarde van de samenwerking met de huisarts. De meeste casemanagers hebben het gevoel dat ze door de huisartsen worden vertrouwd en gewaardeerd.

Volgens de casemanagers zien ook ouderen de samenwerking met de huisarts als een voordeel van SamenOud. Dit bleek ook uit het onderzoek Samenspraak 1 onder de deelnemende ouderen (Slotman, 2013). Ouderen kijken vaak op tegen de huisarts en begrijpen ook niet altijd de informatie die (in korte tijd) door de huisarts wordt gegeven. De casemanager kan een rol vervullen in het verhelderen van deze informatie.

“Maar ze [de ouderen] weten niet precies wat de gevolgen zijn. Dus ik denk ook dat mensen ook van de huisarts wel dingen te horen krijgen. Hij [de huisarts] is hier in Groningen nog best wel een halfgod. Dus er zijn best wel drempels en barrières en dan komt er een casemanager die toch weer wat normaler doet, waar je beter naar kan luisteren, die dingen ook helderder en wat simpeler kan vertellen.” (W1)

Volgens de casemanagers is de mate van betrokkenheid van de huisartsen bij SamenOud verschillend. De meeste huisartsen zijn positief en zien de meerwaarde van SamenOud, er zijn slechts enkele huisartsen die dat niet zo ervaren. De houding tijdens het Ouderenzorg Team overleg verschilt per huisarts. Eén van de casemanagers beschrijft haar ervaring met enkele huisartsen:

“Nou ik merkte wel een groot verschil per huisarts. Dokter A [naam huisarts] was heel actief, heel bereidwillig, niet dat hij zelf in het systeem ging ofzo hoor, wat dokter B [naam huisarts] dan weer wel doet, die was nog actiever. En dokter C [naam huisarts] is ook echt iemand die neemt ook de leiding kan je merken en dat is ook de bedoeling natuurlijk van het OT. Dokter B [naam huisarts] is een beetje meer afwachtend, maar ik vind het wel

een hele prettige samenwerking. En met dokter D [naam huisarts] nou, toen schrok ik een beetje. Ja, de eerste keer dat ik daar zat, zat hij steeds op z'n horloge te kijken.” (W6)

Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts) werkt meestal in een verpleeg- of verzorgingshuis in de eerstelijnszorg. Zij zijn door hun specifieke kennis en ervaring met ouderen onderdeel van het Ouderenzorg Team. Afgelopen jaar hebben drie verschillende specialisten ouderengeneeskunde deelgenomen aan SamenOud. De casemanagers zien de meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde in het Ouderenzorg Team meestal ligt de bijdrage van deze specialist op het gebied van polyfarmacie. Bij enkele Ouderenzorg Teams was de specialist ouderengeneeskunde regelmatig niet aanwezig bij de overleggen en dat wordt zeer betreurd. Eén van de casemanagers geeft nadrukkelijk aan dat volgens haar de specialist ouderengeneeskunde een nog grotere rol zou kunnen vervullen. Hiervoor is volgens haar een goede verstandhouding en vertrouwen tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde nodig.

“Die luistert met ons mee en die geeft ook wel zijn/haar bevindingen, wat hij/zij ervan vindt. En die geeft ook advies bijvoorbeeld, neem eens een keer een geheugentestje af. Die heeft een heel waardevolle aanvulling. En de ene keer meer dan de andere keer. Er was al sprake van om hem/haar op afroep in te zetten, maar daar was ik het niet mee eens, heb ik ook aangegeven. En A [naam projectleider] was het er ook niet mee eens dus die specialist zit er nu gewoon structureel bij. Want anders wordt het zo vrijblijvend. Want dat gebeurde wel eens in het eerste jaar dat de specialist er gewoon heel vaak niet was. [...] Nou, dat mis je toch. Je hebt natuurlijk toch elkaar nodig om samen over die cliënten te brainstormen.” (O4)

“Ik vind dat hij/zij meer naast de huisarts zit en dat je ook wel echt kunt merken dat hij/zij heel kundig is op het gebied van ouderenzorg. Hij/zij stelt heel kritische vragen.” (W5)

Ouderenadviseur in Ouderenzorg Team

In de oorspronkelijke opzet maakten de ouderenadviseurs geen deel uit van de Ouderenzorg Team overleggen. De wijkverpleegkundige en de ouderenadviseur hadden een vooroverleg, het zogenaamde casemanagement overleg, waarbij ook een projectleider aanwezig was. Een enkele ouderenadviseur zat wel bij de Ouderenzorg Team overleggen maar de meesten pas vanaf begin 2013. Zowel de wijkverpleegkundigen als de ouderenadviseurs vinden het prettig dat de ouderenadviseurs nu wel bij het Ouderenzorg Team overleg aanwezig zijn. De ouderenadviseur kan nu zelf haar ouderen inbrengen en daarmee ook het onderwerp ‘welzijn’ op de agenda zetten. Een aantal huisartsen is ook positief over de aanwezigheid van de ouderenadviseur bij het Ouderenzorg Team. Enkele huisartsen moeten nog wennen aan het domein welzijn als aandachtsgebied. Eén van de ouderenadviseurs heeft het gevoel dat ze de huisarts moet overtuigen van haar meerwaarde binnen het Ouderenzorg Team. De ouderenadviseurs hebben onlangs een overleg gehad om samen te bespreken hoe ze zich als ouderenadviseur beter kunnen profileren en hoe ze de positie van de ouderenadviseur binnen het Ouderenzorg Team overleg beter tot haar recht kunnen laten komen. De ouderenadviseurs hebben behoefte aan duidelijkheid hierover.

“[...] toen ging alles heen en weer. De ouderenadviseur bracht het in het casemanagement overleg. De wijkverpleegkundige die bracht het in het Ouderenzorg Team met de huisarts en dan kwam de vraag weer terug via de wijkverpleegkundige naar mij. Maar na een jaar hebben we gezegd dat dat eigenlijk niet zo handig is. Ik ga dus nu ook vanaf vorige maand als ouderenadviseur rechtstreeks naar het Ouderenzorg Team en dat is veel beter. Het is nu nog dat de rol van de ouderenadviseur echt alleen gericht is op welzijn, dat loopt nog niet. Het gaat te veel nog over medische dingen bij cliënten.” (O1)

Volgens een aantal casemanagers kennen de wijkverpleegkundigen en de ouderenadviseurs elkaar door het intensieve contact van het afgelopen jaar goed genoeg om indien nodig contact met elkaar te zoeken. Een enkeling heeft nog behoefte aan een structureel casemanagement overleg.

Medisch versus psychosociaal

Doordat de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, en ook in een bepaalde mate de wijkverpleegkundige, hoofdzakelijk medisch georiënteerd zijn wordt volgens de casemanagers tijdens de Ouderenzorg Team overleggen voornamelijk over medische onderwerpen gesproken. Eén van de wijkverpleegkundigen stelt zichzelf dan ook de kritische vraag of ze haar rol in het Ouderenzorg Team wel goed vervult. Een aantal casemanagers benadrukt het belang van aandacht voor de psychosociale aspecten van de levenssituatie van de ouderen en zou daar graag meer aandacht aan willen besteden. In de praktijk van SamenOud blijkt dit echter nog niet zo vanzelfsprekend te zijn.

“Ik merk dat ik mij toch meer richt op het medische, ongewild ga je toch die hoek in. Ja, en dat wil je niet, maar dat ben je natuurlijk zo gewend. Dus ja, dan merk ik echt, ik moet meer de breedte in'. Niet alleen maar op die zorg, op dat medische. Ja, want ik denk, goed, je kunt elkaar prima aanvullen als de één de medische kant, de zorgkant op gaat en de ander pakt het welzijnsgebeuren. Nou, dan ben je een prima match, denk ik dan.” (W5)

“Het is nu nog, de rol van de ouderenadviseur is echt alleen gericht op welzijn, dat loopt nog niet. Het gaat te veel nog over medische dingen bij cliënten.” (O1)

Box 13: Ouderenzorg Team

De casemanagers zijn over het algemeen tevreden met de gang van zaken binnen de Ouderenzorg Teams. Men is overwegend enthousiast over de samenwerking met de huisarts en ze hebben het gevoel dat ze door de huisartsen worden vertrouwd en gewaardeerd. Een belangrijk voorwaarde voor een goede samenwerking is dat de leden elkaar kennen en daadwerkelijk met elkaar samenwerken en dat er een vertrouwensband is. Alle casemanagers willen graag met 'hun' huisartsen de samenwerking evalueren. De mate van betrokkenheid van de huisartsen bij SamenOud is verschillend, volgens de casemanagers.

De meeste casemanagers hebben geen uitgesproken mening over de meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde. Meestal ligt de bijdrage van deze specialist op het gebied van polyfarmacie. De meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde wordt wel erkend mits de specialist regelmatig aanwezig is bij het Ouderenzorg Team overleg en goed kan samenwerken met de huisarts.

Binnen SamenOud zijn wonen, welzijn en zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden en iedereen vindt de thema's welzijn en welbevinden dan ook heel belangrijk. Toch is in sommige Ouderenzorg Teams welzijn een sluitpost op de agenda. Het is voor de ouderenadviseurs nog steeds lastig om dit thema bespreekbaar te maken. De meeste leden van een Ouderenzorg Team hebben een medische achtergrond waardoor ervanuit een medische invalshoek wordt geredeneerd en gecommuniceerd. Ouderenzorgadviseurs lijken daardoor soms moeite te hebben als volwaardig lid binnen de Ouderenzorg Teams te functioneren.

2.4.2 Ouderenzorg Team overleg

Regelmatig komen de leden van het Ouderenzorg Team bij elkaar om te overleggen. In deze paragraaf worden de ervaringen van de casemanagers met deze bijeenkomsten beschreven.

Werkwijze Ouderenzorg Team overleg

Ten aanzien van het voorzitterschap van het Ouderenzorg Team overleg worden er diverse mogelijkheden beschreven. Op twee locaties wordt het overleg voorgezeten door een wijkverpleegkundige en op andere locaties is de huisarts de

voorzitter. Op één locatie is er geen duidelijke voorzitter. Over het algemeen zijn de casemanagers verantwoordelijk voor het agenderen, ofwel inbrengen van een situatie of een vraag van de oudere. Aan de hand van de anamnese en het zorgleefplan bespreekt het Ouderenzorg Team de situatie en de vraag van de oudere. Nadien koppelt de casemanager het besprokene weer terug naar de oudere. Daarbij geven de casemanagers aan dat zij degenen zijn die binnen het Ouderenzorg Team de ouderen vertegenwoordigen. Zij voelen zich verantwoordelijk om de vraag van de oudere goed te verwoorden en in te brengen. Eén van de casemanagers voelt zich een soort 'boodschapper' van de oudere. Eén casemanager benadrukt daarnaast ook de eigen verantwoordelijkheid als professional en de plicht om de eigen professionele mening te geven over de situatie van de oudere tijdens het Ouderenzorg Team overleg. Af en toe bezoekt een specialist ouderengeneeskunde of een huisarts een oudere en vertellen ook zij hierover hun ervaringen.

De casemanagers ervaren de duur van het Ouderenzorg Team overleg als zeer kort waardoor er heel efficiënt vergaderd moet worden. Niet iedere casemanager is even vaardig in het kort en bondig inbrengen van een casus en het verwoorden van de vraag van de ouderen tijdens het overleg. De casemanagers geven aan dat er wat dat betreft een verschil is tussen wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs, omdat wijkverpleegkundigen vaak meer ervaring hebben met dit soort medisch georiënteerde besprekingen en het daardoor voor hen makkelijker is.

Door de korte duur van het overleg heeft één van de casemanagers een extra overleg ingelast, het zogenaamde 'mini Ouderenzorg Team overleg' met alleen de huisarts om medische- en zorgaspecten te bespreken. Op dit moment bekijkt het Ouderenzorg Team of een dergelijk mini Ouderenzorg Team overleg de meerwaarde van SamenOud niet ondermijnt doordat de ouderenadviseur en de specialist ouderengeneeskunde vanwege hun afwezigheid geen inbreng kunnen hebben.

EOD in Ouderenzorg Team overleg

De casemanagers werken met het Elektronisch Ouderen Dossier (EOD) waarin alle gegevens van deelnemende ouderen zijn ingevoerd. Het vastleggen van de acties in het EOD is een taak van de casemanagers. Het invoeren van deze gegevens kost de nodige tijd maar is noodzakelijk om de oudere goed te kunnen volgen. Voorafgaand aan het Ouderenzorg Team overleg geeft de casemanager in de agenda van het EOD aan welke ouderen ze wil bespreken, met de eventueel te bespreken vraag erbij. Eén van de ouderenadviseurs geeft aan dat deze manier van werken nieuw voor haar is. Het is de bedoeling dat ook de andere leden van het Ouderenzorg Team zich voorbereiden op het overleg door in het EOD te kijken.

De huisarts en specialist ouderengeneeskunde werken niet in het EOD en hebben volgens de casemanagers meestal ook niet in het EOD gekeken ter voorbereiding op het Ouderenzorg Team overleg, zoals uit onderstaand citaat blijkt:

“Je maakt van tevoren een lijstje van te bespreken dossiers, [...] zowel de wijkverpleegkundige als ik vanuit je eigen cliëntenbestand. [...] En dan kan de huisarts daar in kijken, niet iedere huisarts doet dat nog. Dus dat is ook een gewenningspunt voor echt iedereen inclusief de huisarts om daarin te kijken van tevoren van, over wie gaan we het hebben.” (O1)

Hieruit blijkt dat het EOD tijdens de Ouderenzorg Team overleggen hoofdzakelijk door de casemanagers wordt gebruikt. Zij bespreken de situatie van de oudere aan de hand van de gegevens in het EOD. De casemanager verwerkt vervolgens de informatie die is besproken in het EOD en noteert ook de gemaakte afspraken daarin.

Box 14: Ouderenzorg Team overleg

De casemanagers zijn van mening dat zij degenen zijn die binnen het Ouderenzorg Team de ouderen vertegenwoordigen. Het team bespreekt systematisch de situatie en de vraag van de oudere. Daarna koppelt de casemanager het besprokene weer terug naar de oudere. Er is weinig uniformiteit tussen de Ouderenzorg Team overleggen. De voorzittersrol wordt bijvoorbeeld op verschillende manieren ingevuld. De werkwijze en opzet van de overleggen wisselt per Ouderenzorg Team, sommige lopen goed en anderen wat minder. De casemanagers ervaren de duur van het Ouderenzorg Team overleg als zeer kort waardoor er heel efficiënt vergaderd moet worden. Het succes van de Ouderenzorg Teams wordt in de ogen van de casemanagers voor een groot deel bepaald door de inzet, kwaliteit en betrokkenheid van de individuele leden. Casemanagers zijn continu op zoek naar de meest optimale manier van overleggen binnen de beperkte tijd die er voor staat. Zo experimenteert één van de casemanagers, in overleg met de projectleiders, met een tussentijds mini-Ouderenzorg Team tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige.

2.4.3 Samenwerking met andere professionals en organisaties

Uit de interviews blijkt dat de casemanagers zichzelf zien als degenen die alle contacten rondom de oudere overzien en indien nodig bij elkaar brengen, zoals dit binnen de visie van SamenOud past. Dit doen ze door samen te werken met diverse professionals en organisaties uit de gezondheidszorg- en welzijnssector.

Concurrentie en onafhankelijkheid

De casemanagers geven aan dat wanneer er bij een oudere ook andere (thuis)zorgorganisaties betrokken zijn, het lastiger is om de coördineerde rol goed te kunnen vervullen. Thuiszorgorganisaties zien de wijkverpleegkundigen van SamenOud nogal eens als een medewerker van de concurrent. Casemanagers zijn zich dan extra bewust van hun onafhankelijke positie vanuit SamenOud. Daarom is het van belang dat casemanagers in het contact met andere organisaties zich bewust onafhankelijk opstellen omdat ze vanuit die positie het meest voor de oudere kunnen betekenen.

Op sommige momenten, zoals tijdens een SamenOud-dag, worden casemanagers gevraagd de eigen organisatie te promoten. Dit is volgens de casemanagers strijdig met de wens voor een onafhankelijke positie van de casemanager.

Netwerk en sociale kaart

Het beschikken over een netwerk van professionals en organisaties binnen de gezondheidszorg- en de welzijnssector is voor de uitoefening van de rol als casemanager een vereiste. Zoals ook in paragraaf 2.1.2 is beschreven is goede kennis van de sociale kaart in de omgeving van de oudere daarom noodzakelijk. Een casemanager moet weten welke wegen ze kan bewandelen en welke mogelijkheden er zijn om de oudere informatie op maat te kunnen geven of de juiste personen of organisaties te kunnen inschakelen. Als je als casemanager de sociale kaart nog niet kent en nog geen netwerk hebt opgebouwd kost het tijd en moeite om deze alsnog op te bouwen.

“Nou in het begin had ik heel erg behoefte aan een soort sociale kaart, maar die is er uiteindelijk nooit gekomen volgens mij. ‘Waar moet ik zijn om dat te regelen en [...]’. Nou, na verloop van tijd kom je er wel achter hoor, maar ik had eigenlijk liever in het begin die informatie al paraat gehad. Dat is ook heel lastig, het is per gemeente ook weer anders. Ja, ik heb nu m'n eigen sociale kaart wel aangelegd.” (W6)

De meeste casemanagers hadden voorafgaand aan de start van SamenOud al een netwerk vanuit hun reguliere functie door diverse samenwerkingsverbanden met andere organisaties in de zorg- of welzijnssector. Men komt regelmatig met vertegenwoordigers van deze organisaties bij elkaar om onder andere situaties van ouderen te bespreken en af te stemmen. Dit soort bijeenkomsten geeft de casemanager de kans een netwerk op te bouwen en te onderhouden.

“Ik denk dat het belangrijkste is dat je het netwerk goed kent. Dat je heel goed weet waar je terecht kunt voor dingen en wat er dus allemaal in je wijk voor mogelijkheden zijn. Maar in ieder geval en dat ik [...] weet waar ik de informatie vandaan haal. Als ik dat al niet weet dan kun je wel nagaan dat het voor cliënten nog veel moeilijker is. Het is gewoon best ingewikkeld allemaal om wegwijs te worden, en zeker op welzijnsgebied. Er wordt eigenlijk heel veel georganiseerd, er zijn heel veel mogelijkheden waar we denk ik toch gewoon nog te weinig van weten. Dat heb ik dit afgelopen jaar wel gezien.” (W4)

Box 15: Samenwerking met andere professionals en organisaties

Een casemanager moet goed kunnen netwerken om de zorg rond de oudere te organiseren en coördineren. Ze moeten daarvoor in het bezit zijn van een uitgebreid netwerk en een sociale kaart. De meeste casemanagers hebben vanuit hun reguliere functie al veel contacten met andere professionals en organisaties.

Tijdens SamenOud hebben zij hun netwerken uitgebreid.

Bij aanwezigheid van concurrerende thuiszorgorganisaties, maar ook naar de oudere toe, vinden de casemanagers het belangrijk dat ze een onafhankelijke positie hebben. Anders vormt dit een barrière voor de onderlinge samenwerking.

2.5 Visie van casemanager op toekomst SamenOud

Alle casemanagers willen graag dat SamenOud in de toekomst blijft bestaan. Ze zijn allemaal overtuigd van de meerwaarde van SamenOud. De meeste casemanagers zouden met de huidige samenstelling van het Ouderenzorg Team vanuit een huisartsenpraktijk willen werken, onafhankelijk van de thuiszorg- of welzijnsorganisatie waarvoor ze nu werkzaam zijn. In de toekomst zou men graag alle kwetsbare 75-plussers persoonlijk thuis willen bezoeken zodat ze inzicht krijgen in de huidige situatie van alle ouderen en dat ouderen op hun beurt bekend raken met de casemanager en hen ook weten te vinden indien nodig.

“Ik weet zeker dat als straks het onderzoek gebeuren eraf is, dat we dan binnen een huisartsenpraktijk een constructie maken en dat we dan die mensen ook gaan benaderen. [...] niet met een hele dikke vragenlijst, maar persoonlijk contact opnemen. En dan denk ik dat er [...] binnen niet al te veel tijd, bij alle mensen een inventarisatie te maken is.” (W3)

Daarnaast hebben de casemanagers aanvullende ideeën over de toekomst van SamenOud. Zo zien sommige casemanagers mogelijkheden voor een speciaal SamenOud spreekuur dat door de casemanagers kan worden georganiseerd en waar mensen naar toe kunnen komen met een vraag op het gebied van zorg, wonen of welzijn. Men verwacht dat dit in een behoefte zal voorzien omdat de drempel om naar de huisarts te gaan vaak hoog is en de casemanager ook meer tijd zal hebben om tijdens het spreekuur met een ouderen in gesprek te gaan. Een andere casemanager zou de coördinatie van en eindverantwoordelijkheid binnen het Ouderenzorg Team liever in handen leggen van de casemanager in plaats van bij de huisarts, zoals dat nu het geval is. Door haar betrokkenheid bij de oudere en het team is de casemanager volgens deze casemanager goed in staat deze rol te vervullen. Daarnaast geeft één van de casemanagers aan dat er altijd een onafhankelijke projectleiding SamenOud moet blijven bestaan. Dit wordt als een voorwaarde gezien om de coördinatie en begeleiding van het project, het onderzoek en het onderwijs ‘overeind te houden’.

Box 16: Visie van casemanager op de toekomst van SamenOud

De casemanagers zien een toekomst voor SamenOud binnen het huidige zorgstelsel. Ze denken de onafhankelijke positie van de casemanager het beste te kunnen invullen vanuit een huisartspraktijk maar dan wel met ondersteuning van een onafhankelijk projectteam.

3. Overkoepelende thema's in SamenOud

Naast de in hoofdstuk 2 beschreven ervaringen en meningen van casemanagers over concrete onderwerpen kwamen er tijdens de analysefase ook meer abstracte en overkoepelende thema's uit de interviews naar voren. Deze thema's geven de diverse facetten van SamenOud weer. Een terugkerend thema is dat casemanagers dilemma's ervaren bij de uitoefening van hun rol en dat ze hierbij zoeken naar oplossingen. Deze dilemma's staan in paragraaf 3.1 beschreven. In paragraaf 3.2 volgen een aantal thema's die de verschillende aspecten van casemanagement weergeven.

Omdat de beschrijvingen in deze paragraaf al een samenvattend karakter hebben volgt aan het eind van elke paragraaf geen box met een samenvatting van de bevindingen.

3.1 Aspecten van casemanagement

3.1.1 Vertrouwen

Om daadwerkelijk iets voor de oudere te kunnen betekenen geven de casemanagers aan dat het opbouwen van vertrouwen bij de oudere essentieel is. Hiervoor is het nodig dat de regelmatige huisbezoeken door eenzelfde persoon worden uitgevoerd om het contact op te bouwen, daarvoor de tijd te nemen en oprechte aandacht te hebben voor de oudere. Als de band eenmaal is opgebouwd, is een telefoontje volgens enkele casemanagers ook vaak voldoende om de oudere goed te kunnen 'volgen'.

"Nou ja, je moet een goede vertrouwensband op kunnen bouwen bij een cliënt op wat voor manier dan ook, passend bij de cliënt. [...] gewoon aanpassen aan de oudere, dat is eigenlijk het belangrijkste." (W2)

Een oudere moet ook vertrouwen krijgen in de deskundigheid van de casemanager. Bovendien vinden de casemanagers het belangrijk dat zij de gegevens van de oudere als vertrouwelijk behandelen. Ze zullen bijvoorbeeld niet zonder toestemming van de oudere gegevens bespreken met de andere leden van het Ouderenzorg Team.

"[...] ten eerste heeft het met vertrouwen te maken. En ten tweede zijn de mensen hier in deze regio niet erg spraakzaam over bepaalde dingen en zullen ze uiteindelijk je toch dingen gaan zeggen. Niet omdat ik ze dwing, maar omdat ze zich vrij voelen om het te gaan zeggen en ze weten dat ik het vertrouwelijk behandel. [...] en als zij willen dat ik het vertrouwelijk behandel dan zou ik het ook niet gelijk met het Ouderenzorg Team delen." (O2)

3.1.2 'Samen'

Uit de interviews met de casemanagers blijkt dat zij met veel verschillende partijen samenwerken om goede zorg en begeleiding te kunnen organiseren. Dit 'samen' komt op verschillende manieren terug binnen de rol van de casemanager.

Samen met de oudere

De casemanagers benadrukken dat ze samen met de oudere oplossingen zoeken voor eventuele problemen van de oudere. Hierbij is de casemanager verantwoordelijk voor het inzichtelijk maken van de situatie en de oudere voor het geven van het inzicht en het zelf ondernemen van acties.

"Dat ik de persoon of het echtpaar, ja, echt aan het monitoren ben, dat ik het in de gaten houd. En mochten zich problemen voordoen dan spring ik daar weer op in, samen met de cliënt gaan we dan weer oplossingen zoeken." (W6)

“Ik ga dat niet van ze overnemen, want dat is niet het doel van SamenOud. Dat gaat wel sneller, makkelijker, maar nee, dat gaan we niet doen, we gaat het samen doen, dat is ook SamenOud.” (W5)

Samen met SamenOud collega's

Casemanagers geven aan behoefte te hebben aan intercollegiaal overleg. SamenOud is in ontwikkeling en daarom heeft men er behoefte aan om af en toe te 'sparren' met collega-casemanagers en af te stemmen of men goed bezig is. De middelen zoals intervisie, training en terugkomdagen, die vanuit SamenOud worden gecoördineerd en georganiseerd, worden dan ook enorm gewaardeerd.

En wat ik heel belangrijk vind is, is elkaar feedback te blijven geven, ik houd ervan om feedback te geven. [...]. Het is nog steeds in ontwikkeling en je hebt feedback nodig. Je moet af en toe kunnen sparren met collega's om te zien of je goed bezig bent.” (W1)

Samenwerking met andere professionals

Casemanagers zijn degenen die een goed overzicht hebben van de zorg en begeleiding bij een oudere en dit als zodanig ook coördineren. Dit is soms een lastige positie als er ook andere hulpverlening bij de oudere aanwezig is. Casemanagers kunnen dan gezien worden als concurrenten en zijn zich dan extra bewust van hun onafhankelijke positie vanuit SamenOud. Een goede samenwerking met deze andere hulpverleners is dan essentieel. Voor een goede uitoefening van hun rol hebben de casemanagers een uitgebreid netwerk nodig. De meeste casemanagers hebben vanuit hun reguliere werk als wijkverpleegkundige of ouderenadviseur al een netwerk bestaande uit diverse professionals en organisaties. In hun rol als casemanager is dit netwerk volgens de casemanagers gegroeid.

3.1.3 Monitoren

De casemanagers voelen zich verantwoordelijk voor de gehele situatie rondom de oudere en houden continu een 'vinger aan de pols'. Ze staan naast de oudere en 'volgen' het gehele proces. Uit de interviews blijkt dat het monitoren een belangrijk kenmerk is van casemanagement binnen SamenOud. Er wordt een actie in gang gezet en daarna monitoren de casemanagers of dit volgens afspraak verloopt en het gewenste effect heeft. Een aantal casemanagers geeft aan dat het continu volgen en monitoren van het hele proces één van de grote verschillen is tussen de rol van een casemanager binnen SamenOud en hun reguliere werk als wijkverpleegkundige of ouderenadviseur. Bij hun reguliere werk blijven ze de situatie van cliënten niet volgen met als consequentie dat ze pas weer bij een oudere ingeschakeld worden als de situatie is verslechterd of zelfs is geëscaleerd.

“Je staat echt naast die patiënten en je volgt processen. Je zet iets in gang en je volgt het. Als het niet goed is, grijp je in.” (W1)

Uit een aantal uitspraken van casemanagers is op te maken dat binnen SamenOud het thema 'volgen' op verschillende manieren aanwezig is. Eén van de casemanagers geeft bijvoorbeeld aan dat in hun Ouderenzorg Team is afgesproken om alle ouderen met het profiel Robuust eenmaal per jaar, in de maand dat ze jarig zijn, te bellen om te kijken hoe het met ze gaat. Een andere casemanager vertelt dat bij één van de huisartsen ook in het Huisartsen Informatiesysteem (HIS) is aangegeven dat een oudere deelnemer is van SamenOud. Daardoor kan ook vanuit de huisartsenpraktijk contact met een casemanager worden gezocht als dat nodig is. Weer een ander vindt het belangrijk om naar de SamenOud-dag voor ouderen te gaan en daar de tijd te hebben om met de haar bekende ouderen te kunnen praten. Als dat ouderen zijn die zijn overgegaan naar het profiel Robuust geeft dit de casemanager de kans om toch even contact te hebben.

3.1.4 Eigen regie en eigen kracht

Eigen regie is een belangrijk begrip binnen SamenOud. Maar ook zelfstandigheid en zelfredzaamheid en het stimuleren hiervan worden in dit kader veel gebruikt. Binnen de welzijnsorganisaties wordt de term 'eigen kracht' veel gebruikt. Eén van de casemanager licht toe:

“Eigen kracht is een term die voor iedere oudere ook weer anders is [...]. Jouw kracht is anders dan die van mij [...] en eigen kracht en eigen regie heeft wel met elkaar te maken. Niet elke oudere kan zijn eigen regie voeren omdat hij niet voldoende eigen kracht heeft om [...] dat te kunnen. Uit welk gezin komt iemand? Dat maakt iemand ook krachtig of niet. Eigen regie is zelf de touwtjes in handen houden. Maar ja, dat is ook weer afhankelijk van de persoon zelf. Maar zelf keuzes kunnen maken en zelf actie kunnen ondernemen, dus zelf bijvoorbeeld met het WMO gaan bellen, dat is wel een vorm van regie voeren. Ik kan het stimuleren, ik kan het ondersteunen, begeleiden.” (W2)

Casemanagers geven aan dat het bij het bevorderen van de eigen regie er om gaat dat ouderen zich (weer) zelf verantwoordelijk voelen voor hun situatie en problemen. De casemanager kan daarbij helpen door de oudere te informeren en een beter inzicht te geven in het probleem en de mogelijkheden om daar iets aan te doen. Vervolgens stimuleert de casemanager de oudere om ook daadwerkelijk zelf keuzes te maken en indien nodig actie te ondernemen. Uit het volgende citaat blijken de ervaringen van een casemanager ten aanzien van dit proces:

“Nou, de eerste wijze les van het eerste half jaar van SamenOud was dat, als hulpverlener wil je alles naar jezelf toe trekken. 'Oh ja, dat kan ik wel regelen en dat komt wel goed en dat pakken we aan'. Maar goed, toen ik zag dat het mij ook heel veel werk gaf en dat mensen heel erg achteruit gingen hangen, dacht ik van oké, 'dit is niet de aanpak, dat moet anders'. Hadden we ook geleerd maar goed, je valt altijd nog weer in je eigen kuil hé, dat is altijd zo. Dus op een gegeven moment heb ik dat omgedraaid. Heb 'k gewoon gekeken van goed, 'oké, dit is het probleem, waarin kan ik u ondersteunen?'. 'Welke hulp hebt u nodig?'. Nou en dan ga je in gesprek met iemand en dan kunnen ze zelf wel iemand bellen of zelf wel even naar de huisarts gaan. En dan leg je de verantwoording bij de ouderen neer.” (W2)

De casemanagers geven vele voorbeelden waarin zij de oudere stimuleren om zelf actie te ondernemen. In de volgende citaten worden twee verschillende voorbeelden gegeven van de wijze waarop de casemanager een oudere op weg helpt:

“Ik ben bij een mevrouw geweest die slecht sliep, heel nerveus was, ze had hele slechte huishoudelijke hulp. Daar werd ze helemaal overspannen van. Ze had het er bijna benauwd van. Ik heb haar geleerd hoe ze die dingen kan op lossen. Ik zei: 'Nou, weet u wat. Ik ga het nummer draaien van de baas van die juffrouw, en dan kan u uw verhaal doen'. Dus hebben we het samen gedaan. Ik heb het nummer gedraaid en zij kon haar verhaal doen en het is ook onmiddellijk opgelost want die leidinggevende, die schrok daarvan. Toen was ik er een maand later weer. Ik zeg: 'Hoe is het nou met de hulp?'. Nou zegt ze: 'Ik heb de leidinggevende even gebeld dat deze hulp wel heel goed was'.” (W1)

“Een mevrouw voelde zich op een gegeven moment heel eenzaam en ze was heel verdrietig [...]. Toen zei ik: 'Goh, wat gebeurt er met u?'. En toen zei ze: 'Ja, mijn beste vriendin die heeft nu een andere vriendin. En elke zondag kwamen we bij elkaar en nu heeft ze die andere vriendin en nu belt ze alleen maar'. Dus die mevrouw die voelde zich in één klap heel eenzaam, maar dat ging alleen om die zondag. En toen heb ik gezegd: 'Hebt u dat ook met uw dochter besproken?'. Nee, dat had ze niet gedurfd want ze wilde niet zielig overkomen. En op een gegeven moment was ze zover dat ze het toch had besproken. Toen hadden ze binnen de familie overleg gehad

en nu komt elke zondag òf haar kleindochter of kleinzoon, of ze bellen [...]. Zij heeft zelf aangegeven: 'Ik voel me eenzaam en ik zou het fijn vinden dat jullie komen'. Dus ze heeft [...] gewoon haar eigen regie. Ze heeft het zelf geregeld. Eh ja, zij heeft dan ook de kracht gevonden om het bespreekbaar te maken.” (O4)

3.2 Dilemma's

In deze paragraaf zijn enkele dilemma's beschreven van casemanagers. Het gaat hierbij om onderwerpen waarin casemanagers nog kunnen groeien of waarvoor SamenOud een handvat zal moeten bieden.

3.2.1 Preventie versus 'loslaten'

Casemanagers vinden preventie een belangrijk onderdeel van SamenOud. Om preventief te kunnen werken is het essentieel dat je als casemanager de situatie van de oudere goed kent, zodat je in staat bent om een oudere te 'volgen'. Het volgen van de oudere stelt een casemanager in staat om vroegtijdig problemen te signaleren en preventief actie te ondernemen. Een van de doelen van SamenOud is dat een casemanager uiteindelijk de oudere weer zal 'loslaten' en dat de oudere overgaat naar een ander profiel. Het enerzijds moeten 'loslaten' van de oudere, maar het anderzijds toch ook preventief willen werken lijkt op gespannen voet met elkaar te staan. De casemanagers zijn van mening dat het lastig is om preventief te werken als ze de oudere niet meer begeleiden. Enkele casemanagers worstelen met de vraag wanneer het geëigend is een oudere naar een ander profiel over te laten gaan. De criteria hiervoor zijn volgens de casemanagers onduidelijk.

“[...] ook al is er niet echt heel duidelijk een calamiteit te verwachten, juist dan kan het preventief werken om wel contact te houden. Mensen zijn soms niet zo heel goed in het verwoorden van hun wensen en verlangens.” (O5)

3.2.2 Betrokkenheid versus afscheid nemen

Uit de interviews met de casemanagers blijkt een grote betrokkenheid bij de ouderen die ze begeleiden. Door deze betrokkenheid en het intensieve contact dat de casemanagers hebben met de ouderen vinden sommige casemanagers het moeilijk om een oudere 'los te laten' en afscheid van elkaar te nemen wanneer de oudere overgaat naar een ander profiel. Andere casemanagers zijn zich zeer goed bewust van dit proces en werken om die reden juist ook heel bewust toe naar het kunnen loslaten van de oudere.

“[...] dus je komt daar een aantal keren. Maar als je merkt dat het stagneert en dat ze het eigenlijk prettig vindt dat ik kom in plaats van dat ik iets anders kan bereiken daar, bijvoorbeeld de inzet van een vrijwilliger. Dan ja, moet je op een gegeven moment ook aan de rem trekken en een stap terug doen van, oké, er is een stuk eenzaamheid en een stuk onder de mensen komen. Maar op de huidige hulpmiddelen die er zijn wou ze geen aanspraak doen, ze vond het goed, want ik kwam. Dus was het hartstikke gezellig en dan kwam ik er voor een kopje thee en dan kon ze haar verhaal kwijt. Dus ik heb haar op een gegeven moment losgelaten, na overleg met de huisarts.” (W2)

3.2.3 Gezelligheid versus probleemoplossing

Enkele casemanagers benoemen gezelligheid als een belangrijk onderdeel van een huisbezoek. Zeker in de periode dat een casemanager bij de oudere langskomt om 'de vinger aan de pols te houden', hebben de huisbezoeken een relatief hoog gezelligheidsgehalte. De casemanagers zijn van mening dat ze soms balanceren op de grens van wat ze (nog) professioneel vinden. Ook wordt in dit kader de term bemoeizorg genoemd, want is een bezoek aan een oudere waar geen duidelijke zorgvraag meer is wel noodzakelijk? Voor ouderen is het in ieder geval belangrijk als een bezoek gezellig is. Voor ouderen is dit een voorwaarde voor een goed contact. Dit bleek ook al uit het onderzoek onder de ouderen zelf (Slotman, 2013). Eén van de casemanagers noemt gezelligheid nadrukkelijk als een middel om een goede

vertrouwensrelatie met de oudere op te bouwen. Vanuit dit perspectief kan 'gezelligheid' als een instrument van de casemanager opgevat worden.

"[...] het is belangrijk omdat 't ook een onderdeel is van het kweken van een vertrouwensband. Gezelligheid vinden de cliënten zelf kennelijk plezierig. En ik vind het een belangrijk element. Maar het is natuurlijk niet waarvoor ik echt kom. Als ik alleen maar voor de gezelligheid kom, dan stel ik daar mijn vraagtekens bij." (O5)

3.2.4 Wel ontstaan versus niet ontstaan van hulpverleningsrelatie

De meeste casemanagers kunnen een casus benoemen waarbij het door uiteenlopende redenen niet is gelukt een om een goed contact met de oudere op te bouwen. De redenen die hiervoor worden genoemd zijn divers. Soms is een casemanager niet in staat een vertrouwensband op te bouwen omdat de oudere bijvoorbeeld de afspraken steeds weer afzegt. Het is ook mogelijk dat de casemanager geen 'klik' krijgt met de oudere of dat de oudere bij de overgang naar een ander profiel de (nieuwe) casemanager niet accepteert. Ook kunnen psychische beperkingen van de oudere, bijvoorbeeld dementie, psychiatrische problemen of zeer hoge ouderdom, een reden zijn dat een casemanager geen band kan opbouwen met een oudere. Casemanagers vragen zich af of het niet slagen van de hulpverleningsrelatie acceptabel is en wat de consequenties dan zijn voor de zorg en begeleiding vanuit SamenOud.

"Dementie is een reden, daarnaast heb ik bijvoorbeeld een cliënt die dit jaar honderd wordt en die echt een beetje achterover leunt van ja, het is wel mooi geweest. Die man, die komt echt z'n stoel niet meer uit en die vindt het ook prima en die wil ook echt niet meer anders." (W4)

4. Conclusies en discussie

Door dit kwalitatieve onderzoek is inzicht verkregen in de verschillende aspecten van de rol van casemanager binnen SamenOud en de ervaringen en meningen van de casemanagers over de uitoefening van hun rol. De casemanager organiseert en coördineert, als lid van het Ouderenzorg Team, de zorg en begeleiding rondom de oudere. Ouderen met 'complexe zorgbehoeften' en 'kwetsbare ouderen' ontvangen individuele begeleiding van een wijkverpleegkundige of een ouderenadviseur. Beiden hulpverleners vervullen de rol van casemanager.

In dit hoofdstuk worden de conclusies beschreven en in de laatste paragraaf volgt een korte discussie.

4.1 Eindconclusie

Uit de interviews blijkt dat alle casemanagers ouderen ondersteunen in het bevorderen of behoud van de eigen regie en zelfredzaamheid, opdat ouderen zolang als mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Daarmee brengen ze SamenOud in praktijk zoals beoogd werd bij het ontwikkelen van het zorgmodel. SamenOud vormt voor de casemanagers een uitdaging. De nieuwe manier van werken biedt meerwaarde voor de casemanagers en voor de ouderen die ze begeleiden.

4.1.1 Zorg- en begeleidingsproces

Casemanagers spelen een belangrijke rol in het coördineren van het zorg- en begeleidingsproces rond de oudere. Ze voelen zich verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van het zorgleefplan, houden overzicht en monitoren de activiteiten en sturen die zo nodig bij (navigeren). Het is essentieel dat de casemanager de situatie van de oudere goed kent zodat ze in staat is om een oudere te 'volgen'. Het volgen van de oudere stelt een casemanager in staat om vroegtijdig problemen te signaleren en preventief actie te ondernemen. Een van de doelen van SamenOud is dat een casemanager uiteindelijk de oudere weer zal 'loslaten' en dat de oudere overgaat naar een ander profiel. Voor sommige casemanagers is het moeilijk om een oudere los te laten en afscheid te nemen. Bovendien zijn criteria om ouderen naar een ander profiel te laten over gaan nog onduidelijk.

Het feit dat steeds dezelfde casemanager gedurende een langere periode contact heeft met de oudere en de tijd neemt voor de huisbezoeken leidt ertoe dat de casemanagers een vertrouwensband met de oudere opbouwen. Hierdoor is de casemanager in staat aan te sluiten bij de behoeften en belevingswereld van de oudere en kan ze daadwerkelijk iets voor hem of haar betekenen.

De casemanagers zijn zich er goed van bewust dat ze zich moeten aanpassen aan de oudere om contact te kunnen maken. Ze spreken van een respectvolle benadering van de oudere, waarbij ze zich flexibel opstellen en zich aanpassen aan de leefwijze van de oudere. Tegelijkertijd stimuleren de casemanagers de ouderen om meer zelfredzaam te zijn en positiever in het leven te staan.

Het fenomeen 'gezelligheid' tijdens de contacten met de oudere is volgens de casemanagers een noodzakelijke voorwaarde om een vertrouwensband op te bouwen; het is een onlosmakelijk onderdeel van casemanagement, maar het is geen doel op zich. Het is een instrument dat de casemanagers inzetten maar waarbij de grens naar bemoeizorg scherp in de gaten moet worden gehouden.

4.1.2 Structuur en voorwaarden

Inherent aan een nieuwe manier van werken is de noodzaak voor een concrete structuur. Gedurende het hele interventiejaar is daarom door de projectleiders veel aandacht besteed aan het helder krijgen van alle kaders en het creëren van de juiste randvoorwaarden. SamenOud is daardoor voor de casemanagers een 'groeimodel' geweest waarin ze mochten en konden leren en innoveren.

De brede blik van SamenOud op de gebieden van wonen, welzijn en zorg bepaalt nu het denken en handelen van de casemanagers. De scholing vanuit SamenOud en de samenwerking met de andere leden van het Ouderenzorg Team hebben bijgedragen aan het leerproces. Een belangrijke voorwaarde om het werk als casemanager goed te kunnen uitoefenen is een onafhankelijke positie bij het begeleiden en coördineren van de zorg rond de oudere. Een casemanager moet daarvoor goed kunnen netwerken en in het bezit zijn van een uitgebreid netwerk. Het ontbreken van een onafhankelijke positie kan bij de aanwezigheid van concurrerende thuiszorgorganisaties een barrière vormen voor de onderlinge samenwerking.

De casemanagers zijn qua achtergrond heel divers. De wijkverpleegkundige en ouderenadviseur verschillen wat betreft opleiding en referentiekader, waardoor ze ouderen in verschillende profielen met uiteenlopende zorgbehoeften begeleiden. Door hun achtergrond communiceren en handelen ze op verschillende manieren, niet alleen ten opzichte van de ouderen, maar ook binnen het Ouderenzorg Team. Vanuit deze achtergronden hebben ze ieder ook hun specifieke kwaliteiten. Zo zijn de wijkverpleegkundigen goed in methodisch handelen en zijn de ouderenadviseurs zeer ervaren op het gebied van gespreksvaardigheden.

Het werken met het Elektronisch Ouderendossier, met daarin onder andere de anamnese, zorgleefplan en evaluatie, levert een goede en gestructureerde manier van werken op. De anamnese brengt de probleemgebieden op een zorgvuldige manier in kaart, maar levert bij de toepassing in de praktijk problemen op voor de ouderen: zij snappen vaak de scoresystematiek niet.

Na een jaar SamenOud is er een aantal onderwerpen die casemanagers nog verder wil uitwerken:

- De ouderenadviseurs zoeken bijvoorbeeld nog naar een duidelijke invulling van hun rol binnen het Ouderenzorg Team overleg. De ouderenadviseur vervult haar rol, maar kan niet goed omschrijven wat deze inhoudt binnen SamenOud. Het onderwerp welzijn en de rol van de ouderenadviseur lijken nog niet goed verankerd te zijn in het zorgmodel SamenOud.
- De combinatie van de SamenOud taken met de reguliere werkzaamheden is voor de meesten niet optimaal. Men vindt het moeilijk de verschillende werkzaamheden van de twee functies te combineren en velen vinden dat ze te weinig uren krijgen van hun organisatie om hun werkzaamheden voor SamenOud goed te kunnen uitvoeren.

4.1.3 Resultaten

Er zijn duidelijke verschillen tussen het reguliere werk als wijkverpleegkundige of ouderenadviseur en het werk als casemanager binnen SamenOud. Dit heeft invloed op de resultaten die casemanagers boeken. In het reguliere werk komen wijkverpleegkundigen en casemanagers voor één probleem dat gaan ze oplossen bij een oudere, ze ondernemen actie en vervolgens nemen ze weer afscheid. Als casemanager binnen SamenOud gaat het om een langdurige hulpverleningsrelatie waarbij er breed wordt gekeken naar het welbevinden van de oudere en wat een oudere nodig heeft om zelfstandig thuis te blijven wonen. In plaats van de probleemoplossende werkwijze in het reguliere werk, werken de casemanagers in SamenOud vooral volgens een preventieve en proactieve methode.

Dit verschil heeft allerlei gevolgen. Doordat een casemanager meer tijd besteedt aan de oudere, is de relatie met de oudere anders dan in het reguliere werk. Er wordt een vertrouwensrelatie opgebouwd waardoor de casemanager in de loop van de tijd steeds meer informatie verzamelt. De casemanager inventariseert ook de achterliggende situatie en is daardoor ook in staat preventief actie te ondernemen. Een casemanager weet wat voor de oudere belangrijk is, waardoor ze ook beter in staat is aan te sluiten aan de behoeften van de oudere. Door deze werkwijze ontlenen de meeste casemanagers meer plezier aan hun werk als casemanager dan aan het reguliere werk.

Bij SamenOud gaat het in eerste instantie om het bieden van ondersteuning aan de oudere, zodat zij in staat zijn de eigen regie te voeren. Dit staat in sterk contrast met het oplossen van problemen en het ondernemen van actie in de gebruikelijke werkwijze. Een casemanager moet in staat zijn met de 'handen op de rug' te werken. De casemanagers zijn zich bewust van hun taak om de zelfstandigheid en eigen regie van ouderen te stimuleren. Dat betekent dat ze – waar mogelijk – de ouderen juist stimuleren om zelf actie te ondernemen en ze niet zelf problemen oplossen, bijvoorbeeld door de oudere zelf zaken met organisaties of instanties te laten regelen.

4.2 Discussie

Voor dit onderzoek zijn alle elf casemanagers geïnterviewd. Hoewel het een relatief kleine onderzoeksgroep betreft, zijn de onderzoekers van mening dat de resultaten een betrouwbaar beeld geven van de meningen en ervaringen van de betrokken casemanagers doordat verzadiging van informatie op vrijwel alle onderwerpen werd bereikt. Het bereiken van deze gegevensverzadiging was mogelijk doordat het onderzoek een zeer specifiek onderwerp betreft (casemanagement in SamenOud) en de focus van de vragen zeer gericht was op de ervaringen van de casemanagers.

Door verschil in vooropleiding en werkervaring is binnen de groep casemanagers een onderscheid te maken in twee subgroepen, waaronder casemanagers met een verpleegkundige achtergrond en ouderenadviseurs met een welzijnsachtergrond. Door het beperkt aantal geïnterviewde casemanagers per subgroep moeten de verschillen tussen beide typen casemanagers met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

5. Advies

De interviews met de casemanagers hebben nieuwe inzichten gegeven in de ervaringen en meningen van casemanagers werkzaam binnen SamenOud. Het volgende advies kan een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van de rol van SamenOud casemanager en tevens bijdragen aan de verdere ontwikkeling van SamenOud als zorgmodel.

Kaders voor het zorg- en begeleidingsproces

Belangrijk is om aandacht te besteden aan een aantal zaken binnen het zorg- en begeleidingsproces waarvan de casemanagers de kaders missen. Casemanagers hebben behoefte aan handvatten ten aanzien van:

- de informatie over SamenOud voor de oudere tijdens het eerste huisbezoek;
- hoe om te gaan met een oudere met wie het niet lukt een hulpverleningsrelatie op te bouwen;
- de onafhankelijke positie ten opzichte van de oudere als er ook andere hulpverleningsorganisaties bij de ouderen betrokken zijn;
- het inzetten van 'gezelligheid' als instrument en de grenzen aan de gezelligheid;
- de mogelijkheid om preventief te handelen als de contactfrequentie vermindert;
- de criteria die worden gehanteerd wanneer een oudere overgaat van het ene naar het andere profiel.

Duidelijk profiel

De gegevens van dit onderzoek bieden handvatten om een eenduidig profiel te ontwikkelen van de SamenOud casemanager, met een uitwerking van taken/werkzaamheden, doelen en randvoorwaarden. Gezien de problemen die casemanagers aangeven ten aanzien van de combinatie van hun reguliere en SamenOud werkzaamheden is het onvermijdelijk om hier duidelijke kaders voor af te spreken. Men kan stellen dat een casemanager bij voorkeur geen duobaan heeft, met een combinatie van taken als casemanager van SamenOud en reguliere werkzaamheden, omdat deze taken zeer moeilijk te combineren zijn. In het profiel is ook aandacht nodig voor de verschillen tussen wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs bij de begeleiding van ouderen in de verschillende profielen.

Scholingsprogramma SamenOud

Het huidige scholingsprogramma van SamenOud kan verder worden uitgewerkt naar een tweetal fases waarin nog meer wordt gekeken naar de behoefte van de casemanagers en differentiatie naar de twee doelgroepen:

wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs. Maak nog meer gebruik van de kwaliteiten van alle casemanagers en daag ze ook uit om van elkaar te leren. Hierbij kan het projectteam ondersteunen door de volgende structuur neer te zetten:

- Jaar één:
 - tijdens de scholingsdagen bij de start veel aandacht voor de opzet en doelstellingen van SamenOud en de rol als casemanager;
 - individuele begeleiding ten aanzien van de persoonlijke ontwikkeling;
 - vakinhoudelijke begeleiding in duo's met een wijkverpleegkundige en een ouderenadviseur die ook in een Ouderenzorg Team samenwerken. Eventueel trio's als de casemanagers in meerdere teams werken;
 - speciale trainingsmomenten voor wijkverpleegkundige en ouderenadviseurs waarbij aandacht besteed wordt aan de specifieke leervensen van de twee groepen, bijvoorbeeld ten aanzien het werken met het EOD. Dit kan in de praktijk betekenen dat de wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs apart getraind worden over bepaalde onderwerpen.
 - regelmatige terugkomdagen zoals die nu ook worden georganiseerd. Tijdens deze dagen ook tijd inplannen voor de Ouderenzorg Teams zodat ze elkaar beter leren kennen en hun samenwerking kunnen bespreken (evaluatie).
- Jaar twee:

- start van het tweede jaar met scholingsdagen op gebied van specifieke (gespreks)vaardigheden zoals netwerken en coachen.
- intervisie in groepsverband.
- eventueel aangevuld met individuele begeleiding.
- regelmatige terugkomdagen.

Handleiding Ouderenzorg Team

Aanbevolen wordt om een handleiding te ontwikkelen voor de Ouderenzorg Teams met aandacht voor de voorbereiding en werkwijze van de overleggen, de verschillende rollen (zoals de voorzittersrol), gewenste bijdrage en verantwoordelijkheden van alle deelnemers en de randvoorwaarden, bijvoorbeeld ten aanzien van de aanwezigheid tijdens OT overleggen en de functie van het EOD.

Welzijn op de agenda

Wat houdt het begrip 'welzijn' in en welke plek zou het moeten hebben binnen SamenOud? Dat zijn urgente vragen die op korte termijn beantwoordt moeten worden omdat welzijn binnen SamenOud een van de belangrijkste elementen/onderwerpen is. Met het antwoord op deze vragen kan ook rol van de ouderenadviseur nog duidelijker worden uitgewerkt.

Anamnese nader uitwerken

Doordat ouderen vaak de scoresystematiek van de anamnese en het zorgleefplan niet snappen is het noodzakelijk kritisch naar deze scoresystematiek te kijken. De manier van scoren moet voor de ouderen begrijpelijker worden gemaakt, zodat het beter en sneller te hanteren is tijdens de huisbezoeken.

6. Literatuur

Baarda DB, de Goede MPM, Teunissen J. *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Stenfert Kroese. 2005.

Bruggink JW. *Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau*. Bevolkingstrends: Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland, 2009 (4^e kwartaal).

CBS, *Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur*, 2011.

Evers J (red). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Hoofdstuk 1: De Boer de F. en Evers J. Kwalitatief onderzoek, een korte inleiding. Den Haag: Uitgeverij Lemma. 2007.

Jansen H. 2005. *De kwalitatieve survey. Methodologische identiteit en systematiek van het meest eenvoudige type kwalitatief onderzoek*. KWALON 30. 2005, jaargang 10, nummer 3: 15-34.

Lucassen PLBJ, Olde-Hartman TC. *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007.

Schaefer J, Davis, C. Case Management and the Chronic Care Model. A Multidisciplinary Role. *Lippincott's Case Management*. Vol. 9, No. 2, 96–103 2004,

Slotman K. *Onderzoeksrapport 'SamenSpraak 1'. Kwalitatief onderzoek naar ouderen die deelnemen aan SamenOud*, Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen, Juni 2013

Spoorenberg SLW, Uittenbroek RJ, Middel B, e.a. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care, *BMC Geriatrics*, 2013.

Uittenbroek RJ, Spoorenberg SLW. *Evaluatiemodel casemanagers*, 2011

Vilan, *HBO competentieprofiel Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie (VGG)*, Utrecht, 2007.

Wagner EH, e.a. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)* 2001, 20(6):64-78.

Wynia K, Nissen JM, Hoekzema EJ, De Keyser JHA. Casemanagement voor mensen met een chronische ziekte. Kenmerken van een vraaggericht casemanagement model in een multidisciplinaire en transmurale setting. *Verpleegkunde*. 2006, Jaargang 21, nummer 4.

Bijlage: interviewschema

Persoonlijke vragen: opleiding, geboorte datum, werkervaring algemeen, ervaring ouderenzorg

Wat is SamenOud voor jou in één zin?

Rol casemanager

1. Wat houdt casemanagement voor jou in? Is er verschil tussen casemanagement en casemanager?
2. Wat is de rol van de casemanager binnen SamenOud?
3. Wat houdt de rol volgens jou in? Hoe vul jij deze rol in?
4. Wanneer ben je een goede cm? Wanneer werkt cm niet?
5. Wat is er veranderd vergeleken met als je niet volgens SamenOud werkt?
6. Wat is volgens jou kenmerkend aan de SamenOud casemanager?
7. Wat vind je belangrijk binnen je rol?
8. Wat is je verantwoordelijkheid als casemanager?
9. Wat vind jezelf de meerwaarde van jouw rol als casemanager t.o.v. als je niet volgens SamenOud werkt? Komt deze tot zijn recht? Hoe?
10. Hoe zie je jouw plek t.o.v. de oudere (positie)?
11. Hoe kan je zorgen voor meer eigen regie, zelfredzaamheid, veiligheid en welbevinden voor een oudere. Voorbeelden!
12. Hoe zijn je ervaringen met de zorg en begeleiding die je nu geeft in het kader van SamenOud? Welke ervaringen heb je t.a.v.:
 - Anamnese: wonen, welzijn en zorg
 - Opstellen Zorgleefplan
 - Organiseren van zorg en begeleiding (monitoren, navigeren naar andere hulpverleners)
 - Regelmatig contact houden met oudere
 - Evaluatie (klein, groot)
 - Wat waren je verwachtingen van je rol als SamenOud casemanager? Komen deze uit?

Resultaten / opbrengsten

13. Wat heb je in jouw rol als casemanager voor de ouderen kunnen betekenen / bereiken? Voorbeelden?
14. Wat heeft het jou opgeleverd?
15. Wat vind je belangrijk om te bereiken?

Ouderenzorg Team (OT)

16. Wat is je rol binnen het OT?
 - Heb je deze rol ook goed kunnen vervullen? Hoe?
 - In welke mate vertegenwoordig je een oudere binnen het OT?
 - Hoe realiseer je wat je wilt binnen het OT?
 - Heb je verbeterpunten voor het OT? Welke?

Nodig?

17. Wat heb je nodig om je rol goed uit te oefenen? In welke mate was dat aanwezig?
18. En als je denkt aan:
 - Opleiding / bijscholing (welke nodig?)
 - Ervaring?

- Welke ondersteuning vanuit OT, eigen management, projectteam?
- Welke gedragskenmerken /eisen?
- Uren?
- Werkplek?
- ICT (EOD)?
- Type aanstelling (fulltime/parttime)
- Overlegvormen (Ouderenzorg Team, casemanager overleg)
- Welke richtlijnen / regels?

Verbeterpunten / knelpunten?

19. Wat liep er lekker het eerste jaar van SamenOud? Wat liep er niet lekker het eerste jaar van SamenOud?
20. Hoe kan SamenOud volgens jou nog verbeterd worden?
21. Toekomst: zijn de 'opbrengsten' voor ouderen zo groot dat SamenOud voortgezet moet worden? Hoe zou de toekomst van SamenOud er uit moeten zien?